

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA CRISE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE ET LE DÉBAT  
SUR LES ASSURANCES SOCIALES AU QUÉBEC DE 1925 À 1945  
À TRAVERS LES PAGES DU JOURNAL *L'ACTION MÉDICALE*

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN HISTOIRE

PAR  
FRANÇOIS BAILLARGEON

DÉCEMBRE 2009

## UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Service des bibliothèques

### Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement n°8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

En terminant ce mémoire, je tiens à remercier mes parents, Louise et Jean, pour un soutien depuis bien longtemps indéfectible, notamment à travers les chemins parfois tortueux des études universitaires. Je leur dois en grande partie le privilège d'arriver au terme de ce processus.

Je remercie également mon directeur de mémoire, Martin Petitclerc, pour ses judicieux commentaires et critiques, pour plusieurs discussions stimulantes qui ont permis de désempourber ma réflexion, pour un appui moral lors de quelques traversées du désert.

Je remercie enfin quelques camarades de lutte, Marie-Michèle, Jean-François et bien d'autres, sans qui les études universitaires auraient représenté infiniment moins d'intérêt.

## TABLE DES MATIÈRES

<i>RÉSUMÉ</i>	v
<i>INTRODUCTION</i>	1
<i>CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE ET HISTORIOGRAPHIE</i>	9
1.1 Problématique de recherche	9
1.2 Bilan historiographique	12
1.2.1 Professionnalisation médicale	13
1.2.2 Santé et modernité du Québec	16
1.2.3 Le conflit social, régulation et transition	19
<i>CHAPITRE II L'ACTION MÉDICALE ET SES COMBATS</i>	24
2.1 La position des médecins de l'Action médicale au sein de la profession	25
2.1.1 Un mouvement de militantisme professionnel	25
2.2 La profession mobilisée et fédérée	30
2.2.1 Les origines de la Fédération	31
2.2.2 Une fédération à l'initiative de l'Action médicale	34
2.3 À la conquête du Collège des médecins	38
2.3.1 Tensions entre discipline et intérêts professionnels	38
2.3.2 Pour une administration démocratique	43
<i>CHAPITRE III LA CRISE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE</i>	53
3.1 La médecine libérale en question	53
3.2 Une condition économique menacée	56
3.3 Expédients et tensions dans la régulation sociale libérale	60
3.3.1 La loi de l'Assistance Publique, les hôpitaux et les dispensaires	63
3.3.2 Politiques de santé publique	72
3.3.3 Les œuvres de bienfaisance	75
3.4 La crise et les secours de chômage	76

<i>CHAPITRE IV LA MÉDECINE SOUS LE PARADIGME DES ASSURANCES SOCIALES</i>	82
4.1 Les assurances sociales à l'ordre du jour	83
4.2 Résistances libérales aux assurances sociales	86
4.3 Le précédent de la Loi des accidents du travail	93
4.4 Un nouveau paradigme de la responsabilité : la socialisation du risque	98
4.5 Défense des intérêts professionnels dans le cadre de l'assurance sociale	108
<i>CONCLUSION</i>	115
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	120

## RÉSUMÉ

Le Québec de l'entre-deux-guerres connaît une importante croissance du capitalisme industriel. C'est l'approfondissement et l'accélération d'un développement déjà bien amorcé depuis le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle. Les rapports sociaux caractéristiques de cette phase du capitalisme se généralisent en conséquence : prolétarianisation des classes populaires et urbanisation.

Les médecins québécois de l'époque prennent conscience avec beaucoup d'inquiétude que les transformations de la structure sociale se déploient à leurs dépens. La classe ouvrière qui s'entasse dans les villes dépend de salaires rarement suffisants pour payer les honoraires d'un médecin ou les frais d'une hospitalisation. Pour le praticien, cela signifie le rétrécissement d'un marché qui autrefois avait fait de la médecine une profession prospère. La part de charité dans le travail médical s'accroît inversement. La médecine libérale, qui repose sur un équilibre entre la responsabilité financière individuelle des patients et le devoir de charité du médecin envers les indigents, entre dans une profonde crise. La profession médicale craint le déclassement social.

Ce mémoire analyse la façon dont un groupe de médecins, à travers un journal de militantisme professionnel, *l'Action médicale*, rend compte de cette crise et cherche à y faire face. Le premier réflexe des médecins québécois est défensif : il consiste à dénoncer la dérive des institutions d'assistance publique qui, avec le soutien financier de l'État, élargissent la portée des soins gratuits, au-delà des catégories traditionnelles de l'indigence, à une population considérée par les praticiens comme leur légitime clientèle lucrative. On veut endiguer ce qu'on perçoit comme un travail de sape des assises du commerce de la médecine libérale. Les médecins québécois sont par ailleurs aussi réfractaires à la perspective d'un régime d'assurance-maladie, comme divers pays d'Europe l'expérimentent déjà. Ils craignent d'être subordonnés à l'autorité d'une bureaucratie étatique et réduits à vivre de bas salaires.

L'approfondissement de la crise de la médecine libérale – aggravée par la grande dépression des années trente – et l'expérience somme toute positive de la loi de compensation des accidents du travail de 1930 les amènent toutefois à prendre conscience de l'irréversibilité des transformations sociales en cours. Le principe de la responsabilité individuelle devant la maladie ne peut plus soutenir une demande solvable capable de faire prospérer la profession. Pour rétablir des conditions économiques favorables aux médecins, leur assurer un revenu garanti et régulier, il faut socialiser le risque maladie par le biais d'une forme d'assurance. Ce revirement idéologique s'opère évidemment seulement dans la mesure où les médecins comprennent qu'ils peuvent y conserver, voire y consolider l'essentiel de leur pouvoir et de leur indépendance professionnels. L'assurance-maladie ne se fera pas nécessairement à leurs dépens, bien au contraire.

Mots clé : Action médicale, assurance-maladie, assurances sociales, médecine libérale, risque

## INTRODUCTION

Ce mémoire porte sur les problèmes auxquels est confrontée la médecine libérale au Québec dans les années 1925-1945. Tout au long de notre étude, nous caractériserons de médecine libérale les rapports sociaux dominants qui s'articulent dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle autour de la maladie et de la thérapie, essentiellement entre patients, patientes et médecins. Ces rapports sont définis par l'autorité et l'indépendance individuelle du médecin sur sa propre pratique – l'établissement d'un diagnostic, l'administration d'un traitement, la prescription de remèdes, la détermination de l'échelle de ses tarifs – et par la responsabilité individuelle des malades à l'égard des coûts engendrés par leurs problèmes de santé – perte de revenus, honoraires médicaux, frais d'hospitalisation et de pharmacie. Or la médecine libérale traverse à cette époque une crise caractérisée principalement par un conflit autour des problèmes d'accès des classes populaires aux soins de santé et, en parallèle, par les difficultés de la profession médicale de maintenir le statut et la condition de l'ensemble de ses membres. Cette dernière dimension, tout particulièrement, agite les médecins qui engagent entre eux d'importants débats idéologiques sur les orientations sociales et politiques à donner à leur groupe social. La position dominante jusqu'au tournant des années 1930, qu'on peut qualifier de conservatrice, voit le salut de la profession dans la défense du *statu quo*, c'est-à-dire dans le respect intégral des principes traditionnels de la médecine libérale. Rapidement, plusieurs médecins nuancent cependant leur pensée et proposent d'articuler des solutions à ces deux ordres de problème – le manque d'accès aux soins pour les classes populaires et l'appauvrissement des médecins. Sur la base d'une même volonté de conjurer le spectre de la socialisation de la médecine, on en arrive à mettre de l'avant l'alternative autrement moins radicale de la socialisation du risque maladie. Autrement dit, à une position étroitement conservatrice, on substitue un réformisme conservateur, c'est-à-dire une pensée défendant les mêmes valeurs

fondamentales et les mêmes privilèges sociaux, mais avec davantage de souplesse et de pragmatisme.

Ce mémoire propose donc de revisiter l'histoire de la profession médicale québécoise sous un angle encore largement négligé. Comme on le verra dans le chapitre sur l'historiographie, on s'est intéressé jusqu'ici surtout à l'histoire de la reconnaissance juridique et scientifique de la profession, à la construction et l'encadrement d'un monopole professionnel. À travers les thèmes de la crise de la médecine libérale et de la montée des assurances sociales, nous soulevons ici des questions davantage socioéconomiques et nous recentrons l'analyse sur les rapports sociaux entre médecins et patients et patientes. Nous contribuons aussi à mettre en lumière l'apport important d'acteurs méconnus, à commencer par l'association professionnelle L'Action médicale et le journal du même nom, qui constitue l'essentiel de notre corpus de sources et auquel aucun chercheur ni aucune chercheuse n'a encore porté beaucoup d'attention. C'est pourtant, à l'époque, un lieu très dynamique de production et de diffusion de la pensée sociale médicale. On peut en dire autant de la Fédération des associations médicales de districts, levier de mobilisation collective des médecins créé en 1932 par le même groupe de médecins, dont l'étude donne un nouveau relief à l'histoire de cette profession et à celle de sa corporation, le Collège des médecins et chirurgiens du Québec. Le Dr Joseph E. Desrochers, directeur de L'Action médicale, fondateur de la Fédération et deux fois président du Collège, sort également de l'ombre dans laquelle l'a laissé l'historiographie. Il est une figure de premier plan de notre étude et des débats sociaux et politiques de l'époque sur la médecine.

Selon nous, la crise de la médecine libérale, loin de constituer un phénomène historique isolé ou marginal, participe au contraire de transformations beaucoup plus générales – structurelles – du Québec en tant que société capitaliste industrielle et de



plus en plus urbaine (majoritairement urbaine depuis la Première Guerre mondiale). Depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, l'extension des rapports sociaux capitalistes et la généralisation du salariat ont progressivement dissout les rapports de solidarité et d'interdépendance, autrement dit le tissu social traditionnel qui caractérisait l'époque de la petite production, paysanne ou artisanale. Une conception individualiste de la responsabilité s'est substituée aux devoirs personnels et communautaires d'autrefois, confiant les présumés fautifs ou les inaptes aux soins d'une charité moralisatrice et disciplinaire. Mais les mécanismes de cette nouvelle régulation sociale – qu'on a qualifiée de libérale – s'essouffent rapidement devant les progrès du capitalisme au Québec. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, ils peinent à endiguer les contradictions qui se dressent de manière de plus en plus violente comme des obstacles à la reproduction même des rapports sociaux capitalistes. La dépendance de plus en plus de travailleurs et de ménages envers le travail salarié et la production industrielle, avec leurs fluctuations et la précarité à laquelle ils condamnent, donne à des situations comme le chômage, la vieillesse, les accidents du travail, la mort d'un soutien de famille, la maladie, etc., le caractère de problèmes sociaux aigus et menaçants.

Les difficultés de santé sont d'ailleurs doublement problématiques dans le cadre du rapport salarial. D'une part elles peuvent couper une famille de l'essentiel de ses moyens de subsistance en tenant un ouvrier à l'écart du marché du travail. C'est là le principal problème, dénominateur commun de toutes les manifestations de la question sociale, qui a tôt fait de précipiter une famille dans une crise touchant l'ensemble de ses conditions de vie, de l'alimentation au logement ; la dépendance quasi exclusive de toute subsistance à l'égard du salaire ne permet qu'une reproduction minimale de la force de travail. D'autre part, les soins ou l'hospitalisation parfois nécessaires à la guérison introduisent dans le budget de la famille ouvrière de lourdes dépenses pour lesquelles le revenu salarial permet rarement de dégager une épargne suffisante ; celle-ci s'épuise rapidement, réduisant

d'autant toute marge de manœuvre face au problème de base du tarissement du salaire. Enfin, soulignons que la problématique des difficultés de santé dans le cadre de rapports sociaux capitalistes s'expérimente dans un contexte où les déterminants de la santé eux-mêmes ont connu des transformations. La concentration des logements dans les quartiers ouvriers liée à la déficience des infrastructures d'hygiène, le côtoiement quotidien de la pollution industrielle, la mécanisation du travail et l'accélération des cadences, tous ces facteurs présentent des menaces inédites à la santé. Ainsi, la vulnérabilité économique spécifique d'un prolétariat grandissant et les difficiles conditions de vie urbaines et industrielles ouvrent au Québec un horizon social lourd de grogne et de révoltes.

La crise des années 1930 constitue la manifestation la plus brutale des contradictions qui traversent la société québécoise et de l'épuisement du mode de régulation libéral. Face au fléau du chômage et de la misère sans précédent de cette décennie, les attaques et les remises en question de ses principes et institutions se multiplient et s'accroissent. À l'extrême gauche, chez les communistes, ce sont carrément les rapports sociaux capitalistes qu'on espère renverser. Plusieurs, toutefois, et notamment des secteurs grandissants de la bourgeoisie et de la petite-bourgeoisie, croient qu'il est possible de réaménager les rapports sociaux sans sacrifier le régime de l'accumulation du capital. Avec l'indemnisation des accidentés du travail, les pensions aux personnes âgées, aux mères nécessiteuses, mais surtout avec l'assurance-chômage s'amorce, à partir de certains enjeux spécifiques, une transition vers le mode de régulation sociale dit providentiel, qui se déploiera surtout dans l'après-guerre.

Selon le sociologue François Ewald<sup>1</sup>, la rénovation des sociétés libérales en crise passe par l'adoption d'un nouveau paradigme d'interprétation – d'objectivation – de la question sociale. Désormais, le paradigme de la faute, étroitement associé au principe de la responsabilité individuelle, cède le pas au paradigme du risque social et du principe de la responsabilité collective. Certains risques sociaux – les accidents, le chômage, la maladie, etc. – se réalisent avec régularité indépendamment des responsabilités individuelles ; or il faut panser ces plaies ouvertes dans le tissu social, génératrices de misère, d'instabilité, de conflit, même si on ne peut en imputer la responsabilité à un individu particulier, clairement identifiable, et surtout en mesure d'en absorber la charge. Il s'agit dorénavant moins d'identifier des fautes et des fautifs que de reconnaître et d'évaluer des risques sociaux objectifs, inhérents aux rapports sociaux capitalistes – autrement dit rançon nécessaire du progrès. On renonce alors à l'utopie libérale d'éradiquer à la source certains maux sociaux – en responsabilisant et en réformant les pauvres, en les expurgeant de leurs vices et de leur imprévoyance – pour se préoccuper davantage de la manière d'en absorber le choc et d'en neutraliser les effets socialement perturbateurs, d'en répartir efficacement les charges pour ainsi assurer la sécurité et la paix sociales. Confiée aux soins d'une régulation administrative et technocratique, la question sociale est dépolitisée.

L'application pratique de ce paradigme sociologique, la « technologie politique » par laquelle le risque et ses charges seront socialisés, c'est l'assurance sociale, sous ses multiples formes : volontaire ou obligatoire ; mutuelle, syndicale, patronale, commerciale, et enfin étatique. L'État-providence se présentera justement comme la forme la plus générale de la socialisation des risques. En fait, la multiplicité

---

<sup>1</sup> François Ewald, *Histoire de l'État providence : les origines de la solidarité*, nouv. éd., entièrement refondue, Paris, Grasset, coll. « Livre de poche. Biblio essais, 12 », 1996.

des formules que génère le paradigme du risque social et de l'assurance<sup>2</sup> traduit les tensions qui caractérisent la transition d'un mode de régulation à l'autre. Les différentes formes d'assurance institutionnalisent des compromis particuliers entre les principes de responsabilité individuelle et de responsabilité collective, réponses concurrentes dans la recherche plus ou moins résolue d'une voie médiane entre libéralisme et étatisme.

Au Québec et au Canada, pour la période qui nous intéresse, la socialisation des risques sociaux n'est pas un processus très développé ni ne fait l'objet d'un modèle unique, loin s'en faut. La question de l'étatisation émerge à peine des débats polémiques où elle demeurerait hypothétique pour faire ses premières percées concrètes, d'abord en matière d'accidents du travail (loi de 1931<sup>3</sup>), puis bientôt en matière de chômage (1935 et 1940<sup>4</sup>). Mais l'étatisation de la régulation de risques sociaux est souvent l'aboutissement d'une voie d'abord explorée par des initiatives plus restreintes et privées, au cœur même de la société libérale. Ainsi, plusieurs formules de socialisation du risque s'expérimentent déjà au sein de la société civile, parfois depuis le XIX<sup>e</sup> siècle<sup>5</sup>. Mais pour la plupart des problèmes sociaux, et pour la majorité de la population, la stricte responsabilité individuelle domine encore largement. En matière de santé, on s'évertue particulièrement à trouver des formules

---

<sup>2</sup> Les variations portent notamment sur l'enjeu fondamental du caractère contributoire ou non de l'assurance et sur le partage des responsabilités entre les éventuels contributeurs. Les travailleurs assurés doivent-ils contribuer au financement de l'assurance ? doivent-ils partager cette contribution avec leur employeur ? avec l'État ?

<sup>3</sup> L'État provincial, par l'intermédiaire de la Commission des accidents du travail, gère la caisse d'assurance à laquelle les employeurs doivent obligatoirement cotiser et à partir de laquelle les accidentés seront indemnisés. La loi stipule par ailleurs que les indemnités seront assumées collectivement par les employeurs, en fonction de leur masse salariale et non de leur réalisation individuelle du « risque accident ». C'est là un accroc au principe strictement actuariel, une distance prise par rapport à celui de la responsabilité individuelle.

<sup>4</sup> La loi de 1935 est jugée inconstitutionnelle par la Cour suprême et le Conseil privé de Londres. Suite à un amendement à la constitution, celle de 1940 institue une assurance obligatoire dont la caisse, administrée par le gouvernement fédéral, est financée pour un tiers par l'employeur, pour un tiers par l'employé et pour un dernier tiers par l'État, donc par les impôts.

<sup>5</sup> On pense ici aux sociétés mutuelles, aux caisses patronales ou syndicales.

de compromis qui éviteront le recours à l'État. La Commission des assurances sociales du Québec (1930-1932), instituée par le gouvernement Taschereau et présidée par l'économiste Édouard Montpetit, cherchera à repousser cette éventualité en encourageant une formule d'assurance-maladie sous le modèle dit de la « liberté subsidiée ». On propose que l'État subventionne des régimes également financés par les salariés et les patrons et mis sur pied volontairement à leur initiative.

Ce mémoire se divise en quatre chapitres. Le premier est consacré à l'exposition d'une problématique de recherche centrée sur l'impact du développement capitaliste au Québec sur les intérêts des médecins en tant que groupe social et sur l'organisation des soins de santé. On fera alors la présentation des principaux champs de l'historiographie à proximité desquels cette étude prend place : histoire de la profession médicale, des institutions sanitaires, de la sécurité sociale.

Un second chapitre présentera l'Action médicale, l'association professionnelle dont le journal fournit l'essentiel des sources de ce mémoire. On y expliquera les rapports que ce groupe entretient avec l'ensemble de sa profession et plus particulièrement avec la corporation du Collège des médecins du Québec. L'Action médicale se révèle être l'aiguillon d'un important mouvement de mobilisation et de démocratisation parmi la communauté médicale dont l'impact se fera sentir jusqu'aux plus hauts échelons de l'organisation professionnelle. Elle est également un lieu dynamique de développement de la pensée sociale médicale et fait de la défense des intérêts professionnels face aux turbulences socioéconomiques de l'époque sa priorité. Ce chapitre permettra de mieux comprendre la portée sociale et politique des idées exprimées par les médecins de l'Action médicale.

Le troisième chapitre exposera la crise de la médecine libérale telle qu'en témoigne l'Action médicale. On verra comment les médecins québécois se

représentent ce qu'ils considèrent être une situation de déchéance professionnelle et un processus de déclassement social. Dès les années 1920, et à plus forte raison dans les années 1930, les conditions du marché médical se détériorent, les clients solvables se faisant trop rares pour maintenir la situation économique de bien des praticiens. S'appuyant sur les principes de la médecine libérale, l'Action médicale dénonce alors l'État qui, en réponse à la pression croissante de l'indigence et de la misère ouvrière, subventionne l'élargissement de la portée de la charité publique à des secteurs de la population qui constituaient jusqu'alors le pain et le beurre des médecins. Un constat se dégage : les problèmes d'accès aux soins se gèrent – tant bien que mal – aux dépens des intérêts des médecins.

Enfin, un quatrième chapitre analysera l'évolution de l'attitude des médecins de l'Action médicale à l'égard de la perspective d'un régime d'assurance-maladie. L'équilibre traditionnel entre pratique lucrative et charité étant rompu, il apparaît qu'il faut dépasser le statu quo d'une compréhension rigide des principes de la médecine libérale. De nouvelles modalités d'accès aux soins doivent être élaborées pour certaines couches de la population économiquement vulnérables. Cela dit, dans cette atmosphère de transformation imminente, les médecins comprennent que, pour ne pas être victimes, au passage, de changements politiques engagés sur des lignes trop radicales, ils doivent faire partie de la solution. Pour éviter que la profession elle-même soit socialisée sous la tutelle de l'État, l'Action médicale met de l'avant l'alternative de la socialisation du risque maladie grâce à l'instrument des assurances sociales. Face à une clientèle financièrement consolidée par la mise en commun des ressources, les médecins auront sécurisé leurs assises économiques tout en préservant l'indépendance, les pouvoirs et les privilèges professionnels dont l'idéologie de la médecine libérale se faisait le rempart.

## CHAPITRE I

### PROBLÉMATIQUE ET HISTORIOGRAPHIE

#### 1.1 Problématique de recherche

On a esquissé, en introduction, la trame de fond de la crise de la médecine libérale de l'entre-deux-guerres. Là également le paradigme du risque et de sa socialisation s'insinue et cristallise les débats, les oppositions. Mais les problèmes de santé ne renvoient pas seulement dos-à-dos, ou face à face, les deux grands blocs d'intérêt de la société capitaliste industrielle que sont le travail et le capital. Comme l'a justement fait remarquer Peter Southam<sup>6</sup>, le projet de l'assurance-maladie – au même titre que toutes les formes alternatives de protection sociale contre la maladie – a ceci de particulier, au sein du champ de la protection sociale, que tout en s'occupant de parer à la vulnérabilité de certaines classes sociales en matière de santé, il est également intimement lié au sort d'une profession, celle des médecins. Pris entre l'arbre et l'écorce des rapports sociaux capitalistes, ces derniers s'évertuent avec pugnacité à définir et à défendre un intérêt distinct, autonome, et à s'assurer une autorité dans les choix politiques et sociaux en matière de santé.

Nous nous intéresserons donc à mettre au jour une volonté d'adaptation de la profession médicale aux conditions d'une société capitaliste industrielle à la fois en essor et en crise, volonté qui se traduit principalement par la proposition de mettre la médecine à l'heure des assurances sociales. Pour cerner le phénomène, on entend répondre aux questions suivantes :

---

<sup>6</sup>Peter Southam, *"Modernisation", "question nationale" et influences exogènes : le discours élitiste sur les politiques sociales au Québec, 1930-1960*, (Histoire), Université Laval, 1987, 475 f.p.

Comment la déchéance économique liée aux problèmes de santé est-elle redéfinie comme risque social par le développement du capitalisme au Québec (industrialisation, croissance d'une classe ouvrière aux bas salaires, crise de l'économie industrielle, etc.) ? En quoi ce risque affecte-t-il la pratique de la médecine libérale ? Quels en sont les effets sur la condition des membres de la profession médicale, leur situation financière et leur statut social ?

Comment réagissent les médecins face aux initiatives de puissants acteurs sociaux dans la régulation de divers aspects de la question sociale qui touchent leur profession : l'intervention de l'État à travers l'Assistance publique, la loi des accidents du travail et diverses politiques de santé publique ; les projets d'assurance-maladie des grands industriels, des compagnies d'assurance et des hôpitaux ? Comment se positionnent-ils par rapport aux revendications de la classe ouvrière ?

Quelles représentations les médecins se font-ils de ces problèmes sociaux et de leur rôle à l'égard de ceux-ci ? Comment entendent-ils articuler des propositions de réformes sociales avec la promotion de leurs intérêts professionnels ? Dans quelle mesure la notion de risque social et la « technologie » des assurances sociales entrent-elles en conflit ou se concilient-elles au contraire avec les intérêts de leur profession et les principes de la médecine libérale ?

C'est à travers les points de vue exprimés par la revue *l'Action médicale* qu'on étudiera cette problématique. Elle est en effet à la fois un des théâtres et un des protagonistes des débats de l'époque sur les aspects sociaux, économiques et politiques de la médecine québécoise (qu'on distingue des aspects purement cliniques ou scientifiques). Fondée en 1925 par un groupe de médecins québécois à la recherche d'un nouvel organe de promotion de leurs intérêts professionnels, elle s'intéresse abondamment aux rapports entre la médecine et diverses facettes de la



question sociale. Cette source, à peu près ignorée par l'historiographie de la santé, nous apparaît être une fenêtre de choix pour l'étude de la pensée médicale. Les animateurs de cette revue se sont montrés très militants dans le cadre de l'organisation de leur profession. Ils ont également abondamment commenté les problèmes sociaux de leur époque. *L'Action médicale* a par ailleurs accordé beaucoup d'intérêt à la Commission des assurances sociales du Québec (CASQ). Le groupe de médecins qui l'anime y a lui-même soumis ses vues sur l'assurance-maladie par le dépôt d'un mémoire au nom de la Fédération des associations médicales de district.

Par ailleurs, cette étude pourrait également contribuer à des réflexions théoriques plus larges sur l'histoire des régulations sociales. Il semble acquis que s'opère au XX<sup>e</sup> siècle une transition entre deux modes de régulation, de la régulation sociale libérale vers la régulation sociale de l'État-providence, qui se présentent comme deux façons d'institutionnaliser la gestion des contradictions et des conflictualités des rapports sociaux et de conserver un certain degré de cohérence à la structure sociale, suffisamment pour en assurer la reproduction<sup>7</sup>.

À l'intérieur de ce cadre théorique se posent néanmoins les questions suivantes : où la démarcation s'opère-t-elle précisément entre régulation sociale libérale et régulation sociale providentielle ? Quelles sont les limites de la société libérale ? Qu'est-elle en mesure d'absorber ou de récupérer en matière d'innovation sociale et institutionnelle ? En fait, la coupure ne semble pas si nette quand on constate le foisonnement des innovations institutionnelles dans le champ de la protection sociale dès le XIX<sup>e</sup> siècle ; l'État lui-même se mêle déjà d'y faire quelques interventions bien avant les grandes réformes du milieu du XX<sup>e</sup>. On peut également

---

<sup>7</sup> Jean-Marie Fecteau, *La liberté du pauvre : sur la régulation du crime et de la pauvreté au XIX<sup>e</sup> siècle québécois*, Montréal, VLB éditeur, coll. « Études québécoises ; 63e », 2004.

se demander dans quelle mesure ces dernières opéreront une véritable rupture avec le libéralisme.

La médecine est un des champs où les frontières de la société libérale sont mises à l'épreuve. Selon Faure et Dessertine, cette dernière arrive à récupérer et à absorber une part des défis que lui posent les aspirations des classes populaires à la solidarité en matière de santé – par exemple à travers la mutualité – en les intégrant tout en y conservant une bonne mesure de responsabilisation individuelle :

Les négociations perpétuelles et toujours tendues avec un corps médical libéral exigeant et inflexible, achèvent de reléguer le malade, l'assuré social et l'ayant droit à l'arrière plan d'un système qui avait été conçu d'abord pour lui et pour l'aménagement de la société plus solidaire, les institutions de protection de la maladie finissent par aligner leur fonctionnement sur les règles générales d'une société restée libérale.<sup>8</sup>

## 1.2 Bilan historiographique

Le travail de recherche que nous entendons mener ne s'inscrit évidemment pas dans un champ vierge, loin s'en faut ; il s'appuie sur un ensemble de recherches dont il faut rendre compte sommairement pour comprendre la pertinence de notre contribution. Parmi l'historiographie québécoise récente qui s'est intéressée à la médecine et à la profession médicale, il nous est apparu que trois principaux pôles structuraient l'essentiel des publications, chacun avec ses perspectives d'analyse propres et ses thématiques privilégiées. Nous les identifierons comme suit : l'histoire des professions médicales, l'histoire des institutions sanitaires et des politiques de santé publique et enfin l'histoire de la protection sociale contre la maladie. On y

---

<sup>8</sup> Olivier Faure et Dominique Dessertine, *La maladie, entre libéralisme et solidarité (1850-1940)*, Paris, Mutualité française, 1994 p. 16.

trouvera des éléments de contexte utiles à la compréhension de notre étude, mais on y verra surtout que si le portrait des institutions et des acteurs structurant le champ de la santé est assez bien développé, les problématiques entourant l'accès aux soins et les rapports sociaux qui lient ce champ à la population en général ont été largement négligées. C'est l'espace où notre étude entend s'insérer.

### *1.2.1 Professionnalisation médicale*

Jacques Bernier et Denis Goulet représentent le premier de ces pôles ; leurs recherches ont porté sur le groupe des médecins. Jacques Bernier a publié plusieurs articles sur la profession médicale à partir de 1979, qu'il a ensuite regroupés et complétés en 1989 dans une monographie intitulée *La médecine au Québec naissance et évolution d'une profession*<sup>9</sup>. Ses recherches ont porté sur ce qu'il a appelé la période d'émergence de la profession, soit de 1788 à 1909. Denis Goulet a quant à lui produit une *Histoire du Collège des médecins du Québec*, éditée par celui-ci<sup>10</sup>. Ces auteurs ont pris le relais de travaux pionniers effectués par des médecins intéressés à retracer et à raconter les annales de leur profession, reprenant l'exercice avec la méthode d'historiens professionnels.

Ce courant s'applique essentiellement à raconter et à décrire la montée en puissance des médecins québécois depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, et plus précisément le processus de leur professionnalisation. Goulet, tout particulièrement, mène ce récit sans s'appuyer sur une problématisation explicite de son objet d'étude. Bernier fait preuve d'une plus grande distance analytique en se rattachant à des études

---

<sup>9</sup> Jacques Bernier, *La médecine au Québec naissance et évolution d'une profession*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1989.

<sup>10</sup> Denis Goulet, *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997

de sociologie des professions. Il cherche notamment à évaluer le degré d'autonomie de la profession médicale par rapport à la société et à l'État et examine différentes hypothèses quant aux intérêts auxquels ce statut juridique privilégié sert de rempart. Néanmoins, les deux aboutissent à des résultats assez similaires. Ils présentent les étapes de la construction d'une autonomie professionnelle croissante, dont le corollaire est l'octroi de plus en plus de pouvoirs par le législateur à la corporation professionnelle qu'est le Collège des médecins ; ils rendent compte de l'édification progressive des règles à respecter pour accéder à ce groupe restreint de praticiens autorisés – la réglementation des études – et pour y conserver sa place – le code d'éthique professionnelle – de même que des droits et prérogatives que ce statut confère aux médecins individuellement – autorité en matière de diagnostic et traitement, etc. Mentionnons, dans le sillon de ce courant, le mémoire de maîtrise de Michelle Comeau<sup>11</sup>. Son étude porte sur le « processus de consolidation du corps médical » entre 1930 et 1950, mais tout en traitant d'aspects communs aux deux auteurs précédents (les rapports aux autres praticiens par exemple), elle aborde également, bien qu'en surface, des enjeux sociopolitiques largement négligés par Bernier et Goulet et qui nous intéressent davantage, comme les difficultés des médecins pendant la crise et le débat sur l'assurance-maladie. Cette recherche se base sur le discours véhiculé par quatre revues professionnelles, notamment l'*Action médicale*. Mais pour traiter un corpus de sources aussi abondant, elle a dépouillé ces revues en procédant par échantillonnage. Pour l'*Action médicale*, elle a retenu les années 1933, 1938, 1943 et 1948. En nous concentrant sur cette dernière revue, moins étudiée que les autres, nous nous proposons plutôt de faire un dépouillement exhaustif des années 1925 à 1945.

---

<sup>11</sup> Michelle Comeau, *Discours et pouvoir de la profession médicale canadienne-française de 1930 à 1950*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 1989.

Le Collège des médecins est sans conteste le personnage principal de cette historiographie. C'est beaucoup de ses initiatives, de ses difficultés et de ses succès dans l'organisation de la profession médicale dont il est question. Mais Goulet et Bernier s'intéressent également à d'autres institutions propres à la profession et qui interagissent aussi avec le Collège, notamment les facultés de médecine ou encore la foisonnante presse médicale qui contribuent grandement à donner influence et cohésion idéologique à ce groupe social. Ils sont aussi davantage préoccupés par les rapports à l'intérieur du champ sanitaire (rivalités et conflits de juridiction avec les autres thérapeutes que sont les pharmaciens, sages-femmes et divers « charlatans ») que par les rapports avec les patients, par exemple.

À ce titre, cette tradition historiographique a largement laissé de côté la question de l'accès aux soins. Autrement dit, elle a posé la question de la médecine essentiellement du point de vue du praticien et non de celui de la société ou de ses différentes classes. Par ailleurs, le « pouvoir » des médecins tel que présenté dans ces études est compris dans une acception plutôt étroite. Il s'agit d'un pouvoir scientifique, d'un pouvoir au sein du champ sanitaire, de l'indépendance d'une pratique professionnelle, mais rarement est-il présenté comme un pouvoir sur des gens, comme un rapport social de domination ou l'exercice d'un contrôle social.

En comparaison, les historiennes<sup>12</sup> qui écriront l'histoire de la profession d'infirmière, souvent à partir d'une grille d'analyse féministe, donneront un portrait beaucoup plus critique du prestige et de l'autorité médicaux. Sous leur regard, le médecin incarne un pouvoir masculin dont les justifications idéologiques voilent en fait un rapport de domination sur les femmes. Par exemple, selon certaines, « [...] l'enjeu de la professionnalisation des infirmières pourrait s'exprimer en ces termes :

---

<sup>12</sup> Ce sont essentiellement des femmes...

subordonner le travail infirmier à celui des médecins, tout en s'assurant de sa qualité. »<sup>13</sup> L'historienne Denyse Baillargeon, qui s'est intéressée à la médicalisation de la maternité au Québec<sup>14</sup>, a également posé la question du pouvoir des médecins en termes de rapports de domination genrée, notamment de contrôle du corps et de la sexualité des femmes, mais également de rapports de domination de classe, alors que ce sont les classes populaires que visent les campagnes hygiénistes contre la mortalité infantile, qu'elles moralisent et dont elles veulent scruter et réformer les habitudes de vie.

### *1.2.2 Santé et modernité du Québec*

François Guérard, Georges Desrosiers, Benoît Gaumer et Othmar Keel sont les auteurs associés au second courant de l'historiographie médicale, celui de l'histoire des institutions sanitaires et des politiques de santé publique<sup>15</sup>. La problématique commune à ces chercheurs est celle de la modernisation de la société québécoise. Leurs études cherchent à démontrer, à l'encontre de l'image d'une société obstinément attachée à des traditions et des institutions archaïques, que le Québec n'a accusé aucun retard historique dans le développement de son système de santé au tournant du XX<sup>e</sup> siècle. On s'en prend particulièrement à l'idée selon laquelle l'État québécois aurait négligé de s'intéresser aux problèmes de santé avant

---

<sup>13</sup> Denyse Baillargeon, «Praticiennes et patientes : les femmes et la santé dans l'historiographie québécoise», *Revue d'Histoire de l'Amérique française*, 53, 1 (1999): p. 50 rapportant l'interprétation des historiennes Yolande Cohen et Louise Bienvenue.

<sup>14</sup> Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 2004.

<sup>15</sup> Georges Desrosiers, Benoît Gaumer et Othmar Keel, *La santé publique au Québec histoire des unités sanitaires de comté : 1929-1975*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998 ; Benoît Gaumer, Georges Desrosiers et Othmar Keel, *Histoire du Service de santé de la Ville de Montréal, 1865-1975*, Sainte-Foy, Éditions de l'IQRC, 2002 ; François Guérard, «La transformation des grands appareils sanitaires, 1800-1945», dans *L'institution médicale*, sous la dir. de Normand Séguin, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1998, p. 75-115.

les réformes de l'après-guerre, à laquelle on oppose la conclusion que l'État québécois a très tôt été le principal agent de médicalisation de la société québécoise. On insiste également sur le processus de rationalisation du secteur de la santé, corollaire de son caractère moderne.

Ainsi sont mises en lumière les initiatives de santé publique dont on analyse les transformations, plus importantes sous l'effet de l'industrialisation et de l'urbanisation à la fin du XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle. François Guérard a proposé une périodisation des politiques de santé publique pour cette époque, auscultées sous différents angles par ce groupe d'historiens : de 1887 à 1922, l'intervention publique est menée sous le signe de « l'hygiène du milieu », alors qu'on tente d'éliminer les foyers de contamination (eau potable, égouts, déchets, alimentation) ; dans l'entre-deux-guerres (1923-1939), on passe à une politique de médecine préventive. Le nouveau Service provincial d'hygiène orchestre alors des activités de dépistage, de l'éducation sanitaire et une certaine mesure de soins auprès de populations vulnérables, essentiellement pour contrer la propagation de maladies contagieuses.

Le développement du réseau hospitalier intéresse également ces historiens de la modernité sanitaire du Québec<sup>16</sup>. En phase avec la médecine moderne, les hôpitaux de la province sont passés, à la même époque, d'institutions d'assistance à de véritables avant-postes de la médecine scientifique, avec ses technologies et ses spécialités. Autrefois refuge pour les indigents – malades ou non –, les hôpitaux sont de plus en plus un pôle d'attraction pour les malades de toutes les couches sociales. L'espace social du traitement et de la convalescence se déplace du domicile vers l'hôpital. Par ailleurs, leur nombre a rapidement cru. On souligne la responsabilité de l'État québécois dans ce processus, principalement au niveau du financement. Les

---

<sup>16</sup> Guérard, *op. cit.*

autorités publiques soutenaient déjà financièrement les hôpitaux dès la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, mais la politique de subvention demeurait discrétionnaire, sans rapport direct avec les charges assumées. La loi de l'Assistance publique allait rationaliser les méthodes de financement. C'est battre une fois de plus en brèche le mythe d'un État indifférent qui laisserait tout l'espace à l'initiative privée et au clergé<sup>17</sup>.

Ce qu'on peut peut-être reprocher à ce courant de l'historiographie, c'est qu'à trop vouloir affirmer le caractère moderne du milieu de la santé au Québec au début du XX<sup>e</sup> siècle, peut-être a-t-il exagéré la portée du processus de médicalisation de la société. Malgré les politiques de santé publique de l'époque, l'accès aux soins demeure extrêmement restreint pour les classes populaires. Répertorier les cibles très circonscrites que se donnent les pouvoirs publics en matière de santé – luttas aux maladies vénériennes, contre la tuberculose et contre la mortalité infantile – c'est indirectement suggérer l'ensemble des problèmes de santé pour lesquels on abandonne les malades et leur famille au marché privé de la médecine libérale. C'est justement un pan de la réalité difficile à éclairer à partir d'une perspective centrée sur la problématique de la construction de l'État.

Excessive est peut-être également l'usage de la notion de médecine préventive pour caractériser les politiques de santé publique. À tout le moins cette notion mériterait-elle d'être davantage précisée ou nuancée. Denyse Baillargeon, encore une fois, est sans doute celle qui exprime le plus de réserves quant aux prétentions des médecins hygiénistes. En effet, le programme de la médecine préventive de l'époque s'appuie principalement sur le dépistage de certaines maladies et l'éducation sanitaire

---

<sup>17</sup> Bien que nous ne nous soyons pas directement intéressé à cette question, soulignons que notre étude de la crise de la médecine libérale a vu se profiler, en arrière-plan, le thème du développement hospitalier comme un enjeu majeur du secteur de la santé de l'époque.



auprès de populations cibles, les mères de nouveaux nés notamment. On est toutefois peu intéressé à intervenir au niveau des déterminants socio-économiques de la santé, et surtout il n'est pas question de donner un accès large aux soins de santé qui entrerait en conflit direct avec la conception de la médecine libérale des rapports privés entre malade et praticien, qui tolère mal l'idée d'un intermédiaire administratif ou financier. En somme, la médecine préventive mise en œuvre dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle par l'État québécois sous l'impulsion de médecins hygiénistes, malgré les problèmes d'envergure auxquels elle s'attaque, demeure relativement superficielle en regard du portrait global des problèmes de santé.

Mentionnons ici l'étude de Peter Southam<sup>18</sup>. Bien que son analyse porte sur un tout autre objet que les institutions sanitaires, à savoir le « discours élitare » canadien-français, il en vient également, entre autres thématiques, à questionner la médecine québécoise sous l'angle de la « modernisation ». Il aborde notamment les difficultés financières des médecins et des projets d'assurance-maladie. Or il se distingue des auteurs précédents en ce qu'il met en lumière non seulement les manifestations d'un processus de modernisation, mais également davantage les tensions et les contradictions qui le caractérisent. Partant, celui-ci apparaît chez lui moins linéaire, moins réduit à une simple rationalisation croissante des pratiques. On y sent davantage le choc des idéologies et des intérêts en jeu.

### *1.2.3 Le conflit social, régulation et transition*

Le troisième et plus récent des courants de l'historiographie que nous avons retenus pour leur contribution à la connaissance de la médecine et de la santé, c'est l'histoire de la protection sociale telle que l'ont écrite les historiens Yvan Rousseau et

---

<sup>18</sup> Peter Southam, *op. cit.*

Martin Petitclerc<sup>19</sup>. Le regard se détache ici d'un acteur ou d'une institution en particulier dans le champ de la médecine pour s'intéresser à ses aspects proprement socioéconomiques, aux rapports sociaux qui s'y nouent, aux différents intérêts qu'ils mettent en relation.

Petitclerc et Rousseau étudient l'histoire des différentes formules qui ont été expérimentées au Québec pour socialiser les risques reliés à la santé. En l'occurrence, il s'agit des sociétés de secours mutuels dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, des caisses patronales et syndicales du début du XX<sup>e</sup> siècle et des assurances commerciales qui, à partir des années 1930, développent des formules de protection offertes à de grands groupes de salariés, principalement dans les grandes entreprises. Ce sont ces formules privées qui mettront en veilleuse les débats naissants sur l'opportunité d'une assurance d'État, notamment dans le cadre de la Commission des assurances sociales.

Cette historiographie met en relief les différents groupes sociaux en lutte autour de l'enjeu de la santé des classes populaires : industriels, financiers, salariés, directions hospitalières et médecins. Ceux-ci s'opposent ou s'allient pour déterminer de nouveaux paramètres de financement, et donc aussi d'accès aux soins. Par exemple, ces auteurs expliquent comment l'essor du réseau hospitalier, avec les besoins financiers qu'il suppose, pousse les hôpitaux à s'associer à des compagnies d'assurance pour offrir une couverture organisée à l'échelle de l'ensemble d'une

---

<sup>19</sup> Martin Petitclerc, «De la médecine libérale mutualiste à la médecine sociale coopérative : le marché de l'assurance-maladie et les misères d'une conception élargie de la santé au Québec (1880-1950)», dans *L'approche mutualiste de la santé en Europe. Actions de prévention et services à la personne*, sous la dir. de François Guedj Dominique Assayag, Michel Pinault, Patricia Toucas-Truyen, Paris, Alternatives économiques, 2005, p. 73-83 ; Martin Petitclerc et Yvan Rousseau, «De la protection du revenu à la consommation des soins de santé : les origines privées de l'assurance publique québécoise (1900-1961)», *Revue européenne d'histoire sociale*, 16 (2005) ; Yvan Rousseau, «Le commerce de l'infortune : les premiers régimes d'assurance maladie au Québec, 1880-1939», *Revue d'Histoire de l'Amérique française*, 58, 2 (2004).

entreprise ; ils obtiennent pour cela la collaboration de grands patrons d'industries, qui eux sont intéressés à disposer d'une main-d'œuvre en meilleure santé et attachée à l'entreprise dans l'esprit du fordisme naissant.

Leurs recherches témoignent également des enjeux liés à la pratique et à l'idéologie de la médecine libérale qui posent des difficultés à l'élaboration des diverses mesures de protection sociale en matière de santé. En cela, ils font échos à une littérature qui a étudié les mêmes problématiques dans d'autres cadres nationaux, ceux de la France<sup>20</sup> ou des États-Unis<sup>21</sup> par exemple. Selon les contextes nationaux, la force respective des différents intérêts en présence n'a pas donné la même ampleur à l'expression des contradictions entre les prétentions d'autorité et d'autonomie de la profession médicale et les volontés ouvrières de s'organiser collectivement des formules d'accès aux soins à bon marché, ni donné lieu aux mêmes compromis. En France, où la mutualité ouvrière s'organise très tôt à une assez grande échelle, la collaboration mutualité-médecins prend la forme d'un combat très virulent et ce n'est qu'après plusieurs décennies, au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, que la profession arrive à imposer ses conditions, celles de la médecine libérale. Au Québec, en revanche, où la mutualité reste un phénomène plus marginal face à un Collège des médecins rapidement très puissant, les prérogatives des médecins ne semblent jamais avoir été sérieusement contestées.

Plus près de nous, il faut souligner que ce mémoire est aussi très proche parent d'une étude de David Naylor<sup>22</sup>. Celle-ci consiste en une analyse de l'attitude de la profession médicale canadienne à l'égard de l'assurance-maladie de 1911 à 1966. Il

---

<sup>20</sup> Pierre Guillaume, *Mutualistes et médecins. Conflits et convergences, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Les Éditions de l'atelier / Éditions de l'ouvrier, Paris, 2000, Olivier Faure et Dominique Dessertine, *Op. cit.*

<sup>21</sup> David T. Beito, *From Mutual Aid to the Welfare. Fraternal Societies and Social Services, 1890-1967*, The University of North Carolina Press, s. l., 2000.

<sup>22</sup> C. David Naylor, *Private Practice, Public Payment : Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966*, Kingston ; Montreal, McGill-Queen's University Press, 1986.

s'avère en fait qu'elle couvre la profession médicale canadienne, mais largement à l'exception des médecins québécois. Cela s'explique en bonne partie par le choix des sources et du point de vue privilégiés par Naylor. En effet, il a principalement étudié celui de l'Association canadienne de médecine et de ses diverses branches provinciales. Or, justement, elle est relativement peu développée au Québec, alors que les médecins de la province sont majoritairement regroupés dans des associations sans liens formels avec leurs homologues des autres provinces. Naylor a à peu près complètement négligé l'étude des regroupements professionnels médicaux proprement québécois, qui nous intéressent au premier chef. Notre étude se présentera donc comme un complément à la sienne, du moins pour la période que nous couvrons.

Dans des champs connexes à notre propre étude, la recherche au Québec s'est donc déjà intéressée à l'histoire des médecins – plus spécifiquement à leur constitution juridique et scientifique en groupe professionnel –, à l'histoire des politiques et des institutions de santé publique comme témoin de la modernisation de la société et de l'État québécois et à l'histoire des premiers balbutiements de la sécurité sociale au tournant et dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. C'est surtout dans le sillon du troisième de ces courants historiographiques, qui analyse le conflit social comme un facteur déterminant du développement de la santé et de la médecine, que notre recherche se situera. Ce qui nous intéresse, c'est moins de raconter les étapes qui ont mené la médecine québécoise à ce qui apparaît comme moderne à nos yeux, du point de vue de notre position dans l'histoire, que de comprendre les intérêts en jeu dans les compromis qui se sont successivement institutionnalisés et l'évolution des rapports de force socioéconomiques et sociopolitiques qui a amené ces compromis à se recomposer. En l'occurrence, nous nous intéresserons à la manière dont les transformations de la structure sociale québécoise ont provoqué une crise des rapports sociaux dominants entre médecins et malades et comment les premiers ont

vu dans les assurances sociales la manière qui leur était la plus avantageuse de réorganiser ces rapports.

Avant d'entrer dans le cœur de cet argumentaire, il faut d'abord étudier les auteurs du discours que nous analyserons. Le prochain chapitre met donc à jour quelques grands axes de l'histoire de l'Action médicale afin de démontrer que cette association représente un courant important, sinon dominant, au sein de la profession, mais aussi afin de mettre en lumière le fait que le repositionnement de la pensée sociale médicale et la prise de position politique collective des médecins supposent d'abord des luttes et une dynamique de réorganisation internes de la profession.

## CHAPITRE II

### L'ACTION MÉDICALE ET SES COMBATS

[Le médecin] est loin d'être avantagé dans la société moderne. Il est au contraire entouré de toutes parts d'un cercle menaçant qui va se rétrécissant tous les jours et qui finira par l'étouffer pour peu qu'il n'y prenne pas garde et qu'il ne sache pas se défendre.

De tous temps, le médecin a été la victime de ses clients – tout au moins d'un certain nombre de ses clients – et il a eu maille à partir avec les exigeants, les mauvais payeurs et les ingrats. [...] Ce n'est plus seulement un individu ou une série d'individus isolés que le médecin trouve en face de lui dans le champ clos de l'existence ; ce sont maintenant les collectivités, des administrations, c'est l'état [sic] lui-même. On voit combien plus grand est le danger, pour le malheureux praticien seul en face de ces forces redoutables. Sociétés de secours mutuel, compagnies d'assurances, puissantes administrations s'efforcent de régir le médecin, de lui imposer un rôle de leur choix, de le contraindre à accepter des tarifs de famine, sans compter les exigences d'un fisc qui ne ménage pas les impôts. Demain c'est l'état lui-même qui dressera contre nous les fameuses assurances sociales. [...]

Nous sommes aujourd'hui à un tournant de la profession médicale. [...] c'est l'évolution même des sociétés qui a modifié le vieil idéal, celui du temps où la médecine était regardée comme un sacerdoce.<sup>23</sup>

Cet extrait tiré d'un article publié en 1930 traduit bien l'état d'esprit dont le journal *l'Action médicale* se fait la tribune à partir du milieu des années 1920. Une conscience se cristallise de plus en plus nettement autour du constat suivant : la société moderne jette la profession médicale dans une profonde crise. Le terreau social et économique où s'était enracinée cette prestigieuse profession s'érode inexorablement devant l'avancée de nouveaux rapports sociaux, de nouvelles « forces » collectives, de nouvelles institutions sous le signe du capitalisme industriel.

---

<sup>23</sup> J.-M.-E. Prévost, « Le droit de vivre », *L'Action médicale*, 6, 5 (1930) : p. 88.

L'indépendance et l'autorité petites-bourgeoises du médecin sont prises entre les feux croisés d'antagonismes sociaux qui le dépassent, entre des classes sociales qui s'organisent sur la base de leurs intérêts propres, menaçant de broyer au passage les assises du statut privilégié dont jouissent alors les médecins. À cet égard, la crise des années 30 ne fait qu'accentuer une tendance déjà sensible.

Ce dont témoigne le journal *l'Action médicale*, c'est de la double dimension de cette crise : crise de la position du médecin dans la société, de son rapport à d'autres forces sociales en évolution ; mais également, dans l'onde de choc créée par cette secousse principale, crise au sein même de la profession médicale, en tant que corps organisé. Les menaces qui planent sur la pratique de la médecine entraînent une nécessaire remise en question des manières dont la profession existe, s'organise et se défend collectivement. Ainsi, *l'Action médicale* mènera des combats sur ces deux fronts simultanés. Avant de faire l'analyse du constat de crise de la médecine libérale, il apparaît nécessaire de présenter la position du groupe de *l'Action médicale* au sein de la profession et l'historique de ses initiatives pour réformer son organisation, au premier chef à travers le Collège des médecins.

## 2.1 La position des médecins de *l'Action médicale* au sein de la profession

### 2.1.1 *Un mouvement de militantisme professionnel*

Le journal *L'Action médicale* paraît pour la première fois en janvier 1925. Il porte le nom de l'association dont il est l'organe de combat, un groupe de médecins animés d'un vigoureux esprit de militantisme professionnel. *L'Action médicale* est

fondée en 1924 par des médecins gradués en 1909<sup>24</sup> suite à une rencontre anniversaire pour leurs 15 ans de pratique. Ils sont vraisemblablement âgés de 35 à 40 ans. C'est aux Drs Stephen Langevin et Henri Dorval qu'en revient l'idée originale. Ils feront partie de la première équipe de direction constituée entre le printemps et le début de l'été 1924<sup>25</sup>. Une première assemblée réunit le 31 juillet suivant une centaine de médecins, très majoritairement montréalais<sup>26</sup>. On entend ainsi tenir des assemblées générales aux deux mois pour y discuter de sujets d'intérêt professionnel<sup>27</sup>.

Les médecins québécois ne manquent pourtant pas, dès cette époque, de lieux et d'instruments de regroupement, de socialisation, d'organisation. Outre la corporation du Collège des médecins, instituée par la loi en 1847, à laquelle l'adhésion est obligatoire et qui est dotée de larges pouvoirs réglementaires, il existe plusieurs publications ou sociétés d'envergure tantôt plus locale, tantôt plus nationale. Ce que déplorent cependant les initiateurs de l'Action médicale, c'est que les médecins demeurent un groupe absorbé par sa vocation scientifique mais aveugle à ses intérêts professionnels. L'individualisme l'emporte sur l'esprit de corps, sur la compréhension des intérêts socio-économiques collectifs. Inlassablement on dénoncera dans les pages de l'*Action médicale* l'apathie des médecins en ce qui concerne leurs intérêts professionnels. Aucun des regroupements de l'époque ne comble cette lacune. « Toutes les associations que nous avons [...] sont scientifiques, pas une, n'est professionnelle et nos intérêts ne seraient pas protégés si l'Action médicale n'existait pas »<sup>28</sup>. Ainsi en est-il, par exemple de la Société médicale de Montréal ou de la Société médicale canadienne<sup>29</sup>. À l'Action médicale, au contraire,

---

<sup>24</sup> Dr Henri Dorval, «Conférence», *L'Action médicale*, 2, 6 (1926): p. 2.

<sup>25</sup> «Le 10e anniversaire de l'Action Médicale», *L'Action médicale*, 11, 6 (1935): p. 552.

<sup>26</sup> Ibid., p. 553.

<sup>27</sup> «L'assemblée générale de L'Action médicale», *L'Action médicale*, 1, 5 (1925): p. 6.

<sup>28</sup> «Le premier dîner de "L'Action médicale"», *L'Action médicale*, 1, 3 (1925): p. 5.

<sup>29</sup> «"L'Action médicale, incorporée"», *L'Action médicale*, 5, 6 (1929): pp. 122-123.



on en fera une véritable obsession, presque une croisade. À la fondation, on adopte le programme qui servira de plan de bataille :

Combattre : Les charlatans. Les rebouteurs. Toute pratique illégale de médecine. Les abus dans les dispensaires.

Surveiller : La vente de médecines brevetées. Les hôpitaux privés. Les gardes-malades non licenciées.

Encourager : L'amendement de la loi de l'Assistance Publique. La collection médicale. L'expansion du journal *l'Action médicale*. La formation de groupements d'Action médicale. La formation d'un bureau d'experts médicaux. Le contrôle des activités médicales par le Collège des médecins et chirurgiens<sup>30</sup>.

Dès les débuts, le regroupement se prolonge dans un projet de journal bâti sur les mêmes lignes de préoccupations. Le premier numéro de janvier 1925 est « distribué gratuitement à tous les médecins de la province de Québec » et financé par les revenus des publicités de produits pharmaceutiques<sup>31</sup>. Son contenu se distribue en deux grandes catégories : les articles scientifiques et les articles d'intérêt professionnel, dans des proportions variables selon la température de l'actualité. Ainsi, l'édition d'août 1930, à la veille des élections du Bureau des gouverneurs du Collège des médecins, est entièrement consacrée aux questions professionnelles. C'est à cette deuxième catégorie d'articles que nous nous intéressons. On y suit les activités du Collège des médecins et les virulentes polémiques qu'y mène *l'Action médicale*, l'actualité politique touchant les questions sociales dont les médecins sont partie prenante (loi des accidents du travail, loi de l'Assistance publique, Commission des assurances sociales, secours aux chômeurs, etc.), la concurrence déloyale, voire illégale, dont les médecins se considèrent victimes de la part d'autres thérapeutes plus ou moins autorisés, etc.

---

<sup>30</sup> «À nos détracteurs», *L'Action médicale*, 4, 5 (1928): p. 98.

<sup>31</sup> «Le 10e anniversaire de *l'Action Médicale*», *L'Action médicale*, 11, 6 (1935): p. 553.

En 1929, l'expérience se consolide. Au plan juridique, l'association obtient l'incorporation<sup>32</sup>. Selon l'éditorial du mois de juin,

Cette incorporation s'imposait pour rendre viable le fruit des efforts accumulés depuis sa naissance et pour assurer à la profession l'existence d'une organisation dont l'objet principal serait l'étude et la défense de ses intérêts. Car, elle exceptée, aucune des sociétés existantes ne peut consacrer une aussi large part à ce travail.<sup>33</sup>

Les lettres patentes octroyées par le gouvernement du Québec le 21 mars 1929 mentionnent les cinq buts suivants :

- 1- Travailler à resserrer les liens de confraternité du corps médical et à promouvoir le bien-être de ses membres par sa contribution à l'étude et à la défense des intérêts professionnels ; par l'exaltation de la pratique des principes de déontologie qui sont à la base de la profession ; par la dissémination des travaux scientifiques qui sont plus particulièrement utiles aux praticiens ; par toute initiative sociale ou philanthropique non incompatible avec les lois d'ordre public de la Province de Québec ou autre ;
- 2- Promouvoir, inspirer et stimuler la confiance du public envers les sciences médicales par des conférences, publications, revues ;
- 3- Éditer, répandre, publier des journaux, revues ou ouvrages scientifiques ou d'intérêt professionnel ;
- 4- Aider ses membres pour la perception de leurs comptes ; leur procurer, fournir les renseignements économiques, financiers et professionnels qui peuvent leur être utiles dans l'exercice de leur profession ;
- 5- Aider de ses deniers ou autrement toute organisation dont le but est similaire ou propre à l'avancement des objets de cette corporation, sous le nom de « L'Action Médicale, Incorporée »<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> Elle existait jusqu'alors en vertu d'un permis sous la loi de clubs. « "L'Action médicale, incorporée", *L'Action médicale*, 5, 6 (1929): p. 121

<sup>33</sup> Ibid., p. 122.

<sup>34</sup> « L'Action Médicale Incorporée », *L'Action Médicale*, 5, 5 (1929), p. 97, 99.

On adopte également une cotisation de 2,00\$ donnant droit à divers avantages :

1. d'avoir une réduction importante sur toutes les assurances – feu, vol, responsabilité, vie, etc.
2. droit à la collection de leurs honoraires à certaines conditions exceptionnellement avantageuses ;
3. droit d'information et de renseignements sur l'honnêteté du client.<sup>35</sup>

Cette consolidation n'empêche pas l'émergence de ce qui semble être un conflit au sein de l'équipe de l'Action médicale au tournant des années 1930. C'est ce que suggère une mise au point publiée dans le journal, très sobre en comparaison de l'espace et du ton consacrés au conflit avec la direction du Collège des médecins, comme on le verra. L'équipe de rédaction composée des Drs Desrochers, Del Vecchio et Mireault<sup>36</sup> tient alors à signifier dans une résolution qu'elle est seule directrice du journal, à l'exclusion des Drs Langevin et Henri Dorval, fondateurs de l'Action médicale. La résolution intime également au Dr Dorval de remettre tout document ou argent liés à l'Action médicale<sup>37</sup>. Quel clivage y a-t-il derrière cette rupture entre ancienne et nouvelle gardes ? On y reviendra quelques années plus tard en l'expliquant par l'essoufflement des combattants de la première heure :

[...] certains membres de l'« Action médicale » commençaient à douter d'eux-mêmes, et, désemparés, étaient prêts à rendre les armes. Par contre, un autre groupe plus énergique, plus attaché à l'idée qui avait présidé à la fondation de l'« Action médicale » loin de tourner le dos au Dr Desrochers tombé dans le malheur en défendant une juste cause<sup>38</sup>, l'aidèrent à s'emparer de ce journal, la seule arme désormais qui pouvait servir à défendre la cause

<sup>35</sup> « "L'Action médicale, incorporée" », *L'Action médicale*, 5, 6 (1929): p. 125.

<sup>36</sup> Aucun d'eux ne faisait partie de la réunion de fondation de l'Action médicale. Voir : « À nos détracteurs », *L'Action médicale*, 4, 5 (1928).

<sup>37</sup> « Mise au point », *L'Action médicale*, 6, 1 (1930): p. 2.

<sup>38</sup> On fait allusion ici aux démêlés – notamment judiciaires – du Dr Desrochers avec les autorités du Collège des médecins à la fin des années 1920. Nous reviendrons plus loin sur cette lutte.

du médecin praticien, car pour eux, le cas du Dr Desrochers était devenu un symbole.<sup>39</sup>

La figure du Dr Desrochers devient effectivement emblématique des combats de l'Action médicale, de son esprit d'initiative, de son acharnement dans l'adversité, de sa pugnacité dans la lutte<sup>40</sup>. C'est lui qui en sera le directeur à partir de 1930 et pour l'essentiel de la décennie. Sous sa direction, les perspectives de l'Action médicale deviennent encore plus ambitieuses. Non content d'alimenter et stimuler la conscience professionnelle par un journal mensuel, des assemblées et des conférences périodiques, on entend donner à la profession une véritable structure intégrée de consultation et de mobilisation permanente de ses membres. Bientôt, l'Action médicale se confond avec la Fédération des sociétés médicales de district.

## 2.2 La profession mobilisée et fédérée

Le travail de réorganisation de la profession entrepris par l'Action médicale se mènera sur deux tableaux : la construction de la nouvelle structure qu'est la Fédération des sociétés médicales de district et la lutte pour la direction au sein de l'institution de pouvoir déjà bien constituée qu'est le Collège des médecins. À l'instar du journal, qui lui est intimement lié, la Fédération, avec sa structure de participation démocratique à la base, servira comme un puissant outil de mobilisation aux mains du Dr Desrochers et de ses acolytes et de véritable tremplin dans leurs luttes électorales

---

<sup>39</sup> «La profession médicale fête son président», *L'Action médicale*, 14, 11 (1938): p. 402.

<sup>40</sup> Le Dr Desrochers est largement méconnu par l'historiographie. Malgré vingt ans de travail au sein du collège des médecins, dont deux mandats à titre de président, il est à peine mentionné par Goulet dans son histoire du Collège des médecins. En fait, la période que nous traitons est esquissée en quelques pages dont rien n'évoque les contradictions et les chaudes luttes électorales au sein de la corporation, pas plus que les mutations de la pensée sociale des médecins devant les problèmes économiques de l'époque. Son histoire est largement consensuelle et, comme nous l'avons déjà indiqué, à peu près exclusivement préoccupée par l'évolution des assises juridiques de la profession et par ses rapports avec les autres groupes du champ médical.

au sein de la corporation. Bien que, chronologiquement, ces deux chevaux de bataille se côtoient, nous les analyserons séparément, en commençant par la Fédération.

### *2.2.1 Les origines de la Fédération*

La profession médicale est organisée en vertu d'une loi provinciale, celle du Collège des médecins. Celui-ci constitue le gouvernement de la profession. Il se compose alors de gouverneurs élus aux quatre ans par les médecins de 18 districts auxquels s'ajoutent trois représentants des facultés universitaires. Ces élus choisissent ensuite un exécutif composé d'un président, de trois vice-présidents et d'un registraire, ce dernier étant choisi ou non parmi les gouverneurs. Ces derniers se réunissent une fois par année, en septembre, alors que l'exécutif siège un peu plus régulièrement. Autant dire que bien peu de médecins sont appelés à travailler directement aux orientations officielles de la profession. Pour le commun des praticiens, le Collège est un pouvoir distant auquel il a peu part.

Pour l'Action médicale, c'est en quelque sorte l'expression structurelle de l'apathie généralisée des médecins québécois. Ceux-ci ne s'occupent pas suffisamment de leurs propres affaires. Le journal se fera dès ses débuts l'écho d'une volonté de doter la profession de structures de participation plus large : « Certains confrères de plus en plus nombreux pensent qu'il serait opportun de décentraliser son autorité [au Collège des médecins] au profit de groupements régionaux »<sup>41</sup>. C'est l'Association médicale d'Arthabaska, présidée par le Dr Boisvert, qui a l'initiative du mouvement. Elle demande à l'*Action médicale* de se faire le relais dans toute la province de l'étude qu'elle a elle-même entreprise en juin 1925 sur « l'autonomie des sociétés médicales en matière d'intérêts professionnels ». Le Dr Boisvert soumet à la

---

<sup>41</sup> «Le Collège ce qu'on en pense», *L'Action médicale*, 2, 8 (1926): p. 1.

discussion deux conditions à ce projet : une assise légale obligeant la contribution financière de chacun (à l'instar du Collège) et la fédération des sociétés médicales<sup>42</sup>.

Près de deux ans plus tard, la question est toujours pendante, mais le projet s'étoffe. Le Dr Boisvert précise la nature des rapports que devrait entretenir une structure de participation décentralisée avec le Collège des médecins. Il est d'avis qu'elle ne doit pas se construire en parallèle, mais au contraire s'y greffer. Son projet se résume dans les grandes lignes suivantes :

- 1- Formation de groupements régionaux autonomes basés sur la distribution des districts électoraux actuels ;
- 2- Représentation au bureau provincial de médecins par un délégué élu annuellement par chaque dit groupement régional autonome au lieu d'un gouverneur élu pour quatre années.
- 3- Abandon aux groupements régionaux autonomes de tous droits ou prérogatives actuelles ou futures touchant la loi relative à la répression de l'exercice illégal de la médecine.<sup>43</sup>

L'équipe de l'Action médicale est sympathique à ce projet. Elle n'ouvre pas seulement les pages de son journal à son auteur, elle lui offre également son soutien explicite. La réforme aurait à tout le moins certains mérites appréciables. En mars 1928, on mentionne notamment :

Il y a pourtant des cas où l'intervention locale serait plus efficace, c'est dans les questions d'intérêt local, charlatans, rebouteurs, etc. Le Dr Boisvert dans ses divers travaux sur la décentralisation a envisagé ce point.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Dr A. J. Boisvert, «Les sociétés médicales vont-elles se fédérer ?», *L'Action médicale*, 1, 7 (1925): p. 10.

<sup>43</sup> Dr A.-J. Boisvert, «L'autonomie des groupements médicaux», *L'Action médicale*, 3, 2 (1927): p. 10.

<sup>44</sup> «Qui doit défendre la profession médicale ?», *L'Action médicale*, 4, 3 (1928): p. 69.

Quelques mois plus tard, on rappelle que

Nous comprenons qu'il est difficile pour un seul officier de parcourir la province à la recherche des hors la loi [charlatans, rebouteurs, etc.]. [...] Les sociétés médicales devraient être autorisées à se substituer au Collège pour citer devant les tribunaux les contempteurs de la loi et les exploiters de la bêtise humaine.<sup>45</sup>

Mais au-delà de l'efficacité à gagner dans la lutte aux charlatans, il y a au cœur du projet de décentralisation un enjeu beaucoup plus fondamental pour la profession médicale. Loin d'être purement administrative, la réforme est éminemment politique. Ce dont il s'agit, c'est de l'acquisition d'une véritable structure démocratique qui permette une vaste mobilisation et génère carrément des nouveaux rapports sociaux entre médecins. Le Dr Boisvert explique en 1929 :

La principale objection contre l'autonomie proposée, c'est qu'elle décentraliserait ce que les Exécutifs se sont appliqués à centraliser depuis 20 ans. [...] autant LA CENTRALISATION À OUTHANCE NOUS RAPPROCHE DE L'AUTOCRATIE ADMINISTRATIVE<sup>46</sup>, autant elle nous éloigne de cette démocratie et de ce communisme professionnels qui devraient exister dans une profession de formation supérieure, précisément parce qu'ils sont les correctifs de nos deux grandes plaies professionnelles : l'individualisme du médecin en général et l'exclusivité du médecin spécialisé.<sup>47</sup>

Ici aussi, l'Action médicale acquiesce vigoureusement : « Décentraliser le pouvoir – faire disparaître l'autocratie – abolir la monarchie absolue, voilà le projet Boisvert. »<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> «Non ! Non !», *L'Action médicale*, 4, 9 (1928): p. 194.

<sup>46</sup> En majuscule dans le texte.

<sup>47</sup> Le bureau de direction, «Scission au bureau Provincial de Médecine», *L'Action médicale*, 5, 8 (1929): p. 161.

<sup>48</sup> Ibid.

Une réforme aussi profonde du Collège des médecins repose sur la conscience d'un tournant historique. La forme du Collège des médecins est dépassée par les conditions sociales contemporaines. Les forces en présence dans la société et leur organisation ne sont plus les mêmes et la façon de faire valoir des intérêts a aussi changé. Selon le Dr Boisvert, son projet découle « [...] de la nécessité reconnue du groupement organisé dans toutes les sphères des activités sociales où peuvent exister des conflits d'intérêts [...] . »<sup>49</sup>

En 1929-1930, le Dr Boisvert espère que le Bureau médical<sup>50</sup> se prononcera sur le projet de décentralisation de la Société d'Arthabaska. Il se montre également favorable à ce qu'on le soumette à un référendum<sup>51</sup>. C'est une idée que l'Action médicale reprend dans son programme électoral en vue du renouvellement du Bureau médical d'août 1930<sup>52</sup>. Il semble toutefois que ces espoirs n'aboutissent pas. Gouverneur pour le mandat de 1926-1930, le Dr Boisvert est défait aux élections suivantes. Faut-il y voir un désaveu de son option ? L'Action médicale, quant à elle, cesse de se faire l'écho du projet. Six ans de débat sur la question se terminent ainsi dans l'impasse.

### 2.2.2 Une fédération à l'initiative de l'Action médicale

Pourtant, le projet de décentralisation n'est pas enterré pour de bon. Au contraire, il s'apprête à se réaliser, mais sous une autre formule. L'Action médicale relancera le projet en 1932, dans le contexte des audiences de la Commission des assurances sociales, commission d'enquête commandée par le gouvernement

---

<sup>49</sup> «Projet de Groupements Médicaux Autonomes», *L'Action médicale*, 5, 8 (1929): p. 162.

<sup>50</sup> Nom officiel de l'assemblée des gouverneurs.

<sup>51</sup> Dr A.-L. Boisvert, «Réflexions et Suggestions», *L'Action médicale*, 6, 4 (1930): p. 69.

<sup>52</sup> «Le programme de l'Action médicale», *L'Action médicale*, 6, 8 (1930): p. 154.



Taschereau et présidée par l'économiste Édouard Montpetit. Pour le Dr Desrochers et ses collègues, il est indispensable que la profession médicale se prononce dans le débat sur les assurances sociales ; son avenir collectif s'y jouera, avec ou sans elle. En réponse à l'indifférence du Collège des médecins pour cette question<sup>53</sup>, il faut impérativement mettre sur pied une structure de représentation médicale parallèle. Ce sera la Fédération des associations médicales de districts. Ainsi, ce n'est pas sur des questions locales, mais au contraire sur des enjeux globaux et nationaux que le projet de décentralisation trouve ses assises décisives.

Le 15 avril 1932, sur présentation du projet par le Dr L. P. Dorval, l'Association médicale de l'Est de Montréal « accepte le principe d'une fédération de toutes les Sociétés Médicales de la Province. »<sup>54</sup> En août 1932, on annonce qu'un « comité temporaire d'organisation » a été créé, sous la présidence du Dr Desrochers, et que « [h]uit sociétés régionales ont déjà adhéré à ce projet ». Les autres sont invitées à entrer en contact avec le comité pour se prononcer sur cette initiative<sup>55</sup>. L'assemblée de fondation a lieu le 29 septembre 1932 à Montréal. On y élit un président, le Dr Desrochers<sup>56</sup>, trois vice-présidents, les Drs Del Vecchio, Pagé et Beaudin, et un secrétaire général, le Dr L.-P. Dorval<sup>57</sup>. Trois de ces médecins sont déjà gouverneurs du Collège. Un quatrième est un candidat défait lors de l'élection de 1930.

---

<sup>53</sup> L.-P. Dorval, «Assemblée générale de la Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec», *L'Action médicale*, 12, 10 (1936): p. 846.

<sup>54</sup> «L'Association médicale de l'Est de Montréal», *L'Action médicale*, 8, 5 (1932): p. 309.

<sup>55</sup> «Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec», *L'Action médicale*, 8, 8 (1932): p. 376.

<sup>56</sup> Il conservera cette fonction jusqu'en 1936.

<sup>57</sup> J.-E. Desrochers et L.-P. Dorval, «Rapport officiel de l'assemblée de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec», *L'Action médicale*, 8, 10 (1932): p. 397

Un mois avant même la tenue de cette assemblée de fondation, le Collège avait reconnu la légitimité de la Fédération, tout en ne cédant aucune de ses prérogatives :

Il est résolu que le bureau provincial de médecine reconnait l'utilité d'une fédération de toutes les Sociétés Médicales régionales, pour la consultation de la profession médicale sur les projets concernant le bon gouvernement et la prospérité de ses membres, mais il stipule en même temps qu'il n'abdique aucun de ses privilèges conférés par sa charte au Bureau des Gouverneurs<sup>58</sup>.

Comment un projet ruminé pendant des années dans la décennie précédente avant d'être abandonné se réalise-t-il aussi rapidement en 1932, avec la bénédiction du Collège des médecins ? Peut-être faut-il considérer que la Fédération des sociétés médicales est un objectif davantage prioritaire qu'auparavant pour l'Action médicale, qui s'y investit alors directement en en prenant vigoureusement l'initiative. Mais il apparaît surtout évident que le projet de 1932 représente une réforme beaucoup moins radicale de l'organisation professionnelle en général et du Collège des médecins en particulier que la proposition du Dr Boisvert. En fait, elle ne touche pas aux structures du Collège, ne transforme pas les gouverneurs en délégués d'assemblées de districts, ne raccourcit pas les échéances électorales, ne décentralise aucun de ses pouvoirs ; elle ne nécessite donc pas de modifications législatives. Elle repose sur une démarche d'adhésion volontaire, sans le soutien de mesures légales.

Si la nouvelle Fédération est nettement plus modeste que l'ancien projet de décentralisation, elle semble néanmoins impulser une dynamique mobilisatrice et démocratique dans la profession. En 1936, les sociétés membres sont au nombre de

---

<sup>58</sup> Ibid., p. 398.

13, 24 en 1939, 31 en 1943<sup>59</sup>. Par ailleurs, on ne cherche pas à en faire un double pouvoir qui rivaliserait avec le Collège. Certes, la Fédération prend ses propres initiatives, la première étant d'adopter un mémoire destiné à la Commission sur les assurances sociales et d'y déléguer son président pour en faire la défense<sup>60</sup>. Mais la juridiction de chacun est strictement définie, et c'est à travers le Collège qu'en 1936 la Fédération atteint une plus grande mesure d'institutionnalisation :

[...] la Fédération est un organisme consultatif, le pouvoir exécutif restant l'apanage du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec avec lequel la Fédération est intimement liée dans ses activités, le Collège ayant accepté deux représentants de la Fédération pour siéger avec l'exécutif du Collège sur son comité de voies et moyens récemment créé<sup>61</sup>.

Des liens financiers s'ajoutent à cette collaboration puisque le Collège subventionne la Fédération à hauteur de 1,500\$ annuellement. En 1943, l'octroi passe à 2,500\$<sup>62</sup>. Notons qu'à partir de 1942, l'*Action médicale* affiche en sous-titre « organe officiel de la Fédération des sociétés médicales de la province de Québec »<sup>63</sup>.

Si les médecins de l'Action médicale ne cherchent pas à donner à la Fédération une envergure telle qu'elle puisse prétendre remplacer le Collège des médecins, il ne s'agit certainement pas d'un aveu de défaite, d'un compromis ou d'un repli. C'est qu'en fait ils n'ont pas abandonné le projet qu'ils s'évertuent à réaliser

---

<sup>59</sup> L.-P. Dorval, «Assemblée générale de la Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec», *L'Action médicale*, 12, 10 (1936): p. 846., «Le combat», *L'Action médicale*, 15, 1 (1939): p. 2.; Dr C. Gagnon, «Assemblée de nos gouverneurs», *L'Action médicale*, 19, 10 (1943): p. 158.

<sup>60</sup> J.-E. Desrochers et L.-P. Dorval, *loc. cit.*, p. 398.

<sup>61</sup> L.-P. Dorval, «Assemblée générale de la Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec», *L'Action médicale*, 12, 10 (1936): p. 846.

<sup>62</sup> Dr Ch. Gagnon, «L'Assemblée des Gouverneurs», *L'Action médicale*, 17, 10 (1941): p. 146.; Dr C. Gagnon, «Assemblée de nos gouverneurs», *L'Action médicale*, 19, 10 (1943): p. 158.

<sup>63</sup> «Une mise au point», *L'Action médicale*, 18, 6 (1942): p. 85.

depuis le début de leur aventure, c'est-à-dire accéder directement au pouvoir au sein même de la corporation.

### 2.3 À la conquête du Collège des médecins

L'institution de pouvoir, au sein de la profession médicale, est incontestablement le Collège des médecins. Le militantisme professionnel de l'Action médicale devait inévitablement la diriger vers celui-ci. Il représente le passage obligé, l'instrument indispensable à la réalisation de son programme de restauration professionnelle. Comme, cependant, le Collège de l'époque ne se prête pas de bonne grâce à la croisade que prêche l'Action médicale, il apparaît qu'il faudra en faire la conquête. Il deviendra pour de longues années le terrain de luttes épiques. « Dès le début on comprit qu'il fallait d'abord mettre de l'ordre dans la maison et que les premières réformes à faire étaient au sein du Bureau Provincial de Médecine. »<sup>64</sup> L'équipe de l'Action médicale, ici encore menée par le Dr Desrochers, s'y imposera progressivement, gagnant difficilement chacune de ses positions face à d'hostiles adversaires. On relatara leur montée au pouvoir à travers deux thèmes : l'affrontement entre deux conceptions de la vocation du Collège et la lutte contre les méthodes de direction jugées antidémocratiques.

#### 2.3.1 Tensions entre discipline et intérêts professionnels

1926 est une année électorale au Collège des médecins. Dès lors, la jeune association se lance résolument dans la bataille. Le numéro d'août est largement consacré à l'élection des gouverneurs du Bureau médical. On y conseille : « Votons

---

<sup>64</sup> «Le 10e anniversaire de l'Action Médicale», *L'Action médicale*, 11, 6 (1935): p. 554.p. 554.

pour les candidats qui ont un programme »<sup>65</sup>. Celui de l'Action médicale, qui en est un de réforme du Collège, se formule comme suit<sup>66</sup> :

Des réunions plus fréquentes de l'assemblée des gouverneurs  
 Un rapport mensuel des gouverneurs sur leur division  
 Un rapport mensuel du registraire aux gouverneurs  
 Une diminution du nombre de gouverneurs  
 Des élections des gouverneurs aux deux ans plutôt qu'aux quatre ans.  
 Élection annuelle du président

Entre autres devoirs des gouverneurs, celui de surveiller l'abus dans les dispensaires et la juste rémunération des médecins par l'État, les institutions, les sociétés, etc.

L'équipe de militants réformateurs remporte rapidement quelques succès : Henri Dorval, J. E. Desrochers et P. A. Robichaud, animateurs de l'Action médicale et candidats dans les trois districts montréalais, sont élus. Le Dr Robichaud est même désigné 1<sup>er</sup> vice-président du Collège<sup>67</sup>. Trois autres candidats élus ont appuyé le programme de l'Action médicale<sup>68</sup>. Ces premiers gains les confinent néanmoins à une relative impuissance : « Évidemment, nous remplissons le rôle de l'opposition ; or, dans un gouvernement, c'est le parti au pouvoir qui mène, l'opposition ne peut que suggérer et critiquer, c'est pourquoi la plupart de nos projets sont encore sur la trame ou ont inspiré nos gouverneurs. »<sup>69</sup>. C'est dans ce contexte que s'amorce un long bras de fer ayant les grandes orientations du Collège comme enjeu.

---

<sup>65</sup> «Votons pour les candidats qui ont un programme», *L'Action médicale*, 2, 8 (1926).

<sup>66</sup> «Le dîner de l'Action médicale», *L'Action médicale*, 2, 2 (1926): p. 5.

<sup>67</sup> «Le comité exécutif du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec», *L'Action médicale*, 2, 10 (1926): p. 6.

<sup>68</sup> «Votons pour les candidats qui ont un programme», *L'Action médicale*, 2, 7 (1926): p. 5.

<sup>69</sup> «À nos détracteurs», *L'Action médicale*, 4, 7 (1928): p. 148.

L'antagonisme qui oppose l'Action médicale à la direction du Collège repose d'abord sur une profonde divergence de vue quant à la vocation de la corporation professionnelle. La direction de l'époque défend une conception purement disciplinaire du Collège des médecins. Le président du Collège, le Dr Bélanger, affirme dans son discours à l'assemblée des gouverneurs de 1927 :

Les pouvoirs de l'exécutif sont avant tout des pouvoirs disciplinaires dans l'intérêt du public ; rien ne saurait distraire le bureau provincial de médecine du rôle disciplinaire qu'il a à remplir dans l'intérêt du public avant tout.<sup>70</sup>

En 1930, le Dr Dubé, gouverneur partisan de la direction, élabore sur le même thème :

Le jour où notre Bureau Provincial de Médecine se désisterait de ses obligations idéalistes, légales et disciplinaires, les législateurs perdraient confiance en lui, le peuple ne verrait en lui qu'un syndicat de professionnels, le niveau moral de la profession descendrait au niveau moral d'un groupement de particuliers, ne songeant qu'à leurs petites affaires, l'honneur professionnel ne serait plus qu'un vain mot<sup>71</sup>.

La vocation exclusivement disciplinaire du Collège le rend étranger aux batailles qu'entend mener l'Action médicale pour sauvegarder les conditions économiques, les privilèges et l'autorité du médecin. Elle se traduit par une « politique d'inaction coupable de nos mandataires »<sup>72</sup>, une passivité à l'égard des pouvoirs publics et des empiètements des grandes institutions (État, hôpitaux, compagnies d'assurance et sociétés industrielles) sur l'intérêt des médecins. Aussi les réformateurs de la

---

<sup>70</sup> «Ce qu'il faut lire dans le procès-verbal de la dernière assemblée des gouverneurs», *L'Action médicale*, 4, 2 (1928): p. 26.

<sup>71</sup> Testis, «Un manifeste du Dr Dubé», *L'Action médicale*, 6, 8 (1930): p. 148.

<sup>72</sup> Spartacus, «Aux urnes», *L'Action médicale*, 10, 8 (1934): p. 365.

profession ne peuvent s'y résoudre. Pour eux, le Collège est investi d'une double et indissociable mission, d'objectifs complémentaires et symétriques : « [...] il n'y a pas de devoirs sans droits correspondants. [...] ce que le malade, la société doivent au médecin, qui donc le leur rappellera si ce n'est le Collège par son exécutif. »<sup>73</sup>

Ce désaccord majeur est à la racine de l'assaut que l'Action médicale engage envers le Collège. On y revient systématiquement :

[...] tandis que la profession médicale, en grande majorité, aurait voulu, comme association professionnelle, une action plus conforme à l'importance des problèmes qui ont jeté le malaise dans son sein, il est notoire que les interprètes, autorisés ou non, de notre loi organique, en ont tellement rétréci les cadres qu'ils ont fini par affirmer qu'elle n'était plus qu'une loi publique, et notre Collège, un corps disciplinaire seulement, ou, suivant l'expression d'un malin, une sorte d'école de réforme professionnelle. [...]

L'honorabilité professionnelle qui comporte en elle-même l'honnêteté et la compétence professionnelle n'est pas la fin immédiate de notre Collège [...] elle n'est que la condition de son existence [...].<sup>74</sup>

À l'appui de sa conception du Collège des médecins, l'Action médicale évoque l'article 14 de la loi stipulant que « le Bureau Provincial de médecine a le pouvoir de faire des règlements concernant le bon gouvernement et la prospérité du Collège et de ses membres. »<sup>75</sup> Certes, la dimension disciplinaire de la loi est plus développée. C'est que le législateur ne pouvait laisser à la profession l'entière responsabilité de sa propre régulation ; il fallait lui fixer, de l'extérieur, des règles précises à observer et à faire appliquer. Inversement, si la protection des intérêts médicaux comporte moins

---

<sup>73</sup> «Ce qu'il faut lire dans le procès-verbal de la dernière assemblée des gouverneurs», *L'Action médicale*, 4, 2 (1928): p. 26.

<sup>74</sup> Dr A.-J Boisvert, «Nos mésintelligences», *L'Action médicale*, 4, 8 (1928): p. 171.

<sup>75</sup> Testis, «À propos d'un manifeste électoral», *L'Action médicale*, 6, 7 (1930): p. 126.

de prescriptions, il faut l'interpréter comme « une confiance presque illimitée »<sup>76</sup> des pouvoirs publics. Pourvu qu'on lui en donne le pouvoir, la profession saura bien veiller sur ses intérêts, d'autant plus qu'elle a, par ailleurs, de hauts standards scientifiques et déontologiques à respecter. Mais il ne peut y avoir d'équivoque sur l'existence de cette seconde dimension complémentaire dans l'intention du législateur : « [...] il a scellé l'association professionnelle en autorisant l'établissement d'un fond de secours et de retraite dans un but d'assistance mutuelle. »<sup>77</sup> C'est bien la preuve qu'il ne s'agit pas seulement de protéger le public.

Par ailleurs, on souligne souvent que les autres professions libérales, mais également les autres classes sociales, savent mieux s'organiser pour veiller à leurs propres intérêts<sup>78</sup>, conformément aux nécessités de l'époque. « Imitons les ouvriers groupés en unions. Lorsqu'ils demandent quelque chose, ils l'obtiennent. Voyez les avocats qui ont une association, le Barreau, association qui les respecte et qui est respectée par eux tous. »<sup>79</sup>

Pour mieux enraciner l'orientation de militantisme professionnel au sein du Collège, on cherche à lui donner des assises structurelles. Dans cette perspective, le Dr Boisvert propose de créer un comité qui institutionnaliserait davantage la vocation de défense des intérêts professionnels au sein du Collège<sup>80</sup>. Le Dr Henri Dorval croit qu'un tel comité pourrait « [...] rendre les plus grands services à la profession et pousser dans le dos de l'Exécutif et du registraire. »<sup>81</sup> C'est ce comité, dit des voies et

---

<sup>76</sup> Dr A.-J. Boisvert, «Nos mésintelligences», *L'Action médicale*, 4, 8 (1928): p. 172.

<sup>77</sup> Ibid.

<sup>78</sup> Lud. Bonin, «Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec», *L'Action médicale*, 2, 8 (1926): p. 9.

<sup>79</sup> Dr J.-E. Laberge, «Protection de la profession médicale», *L'Action médicale*, 7, 12 (1931): p. 214.

<sup>80</sup> Dr A.-J. Boisvert, «Nos mésintelligences», *L'Action médicale*, 4, 8 (1928): p. 172.

<sup>81</sup> H. D., «Que devons-nous attendre de l'assemblée annuelle du bureau des gouverneurs le 26 septembre», *L'Action médicale*, 4, 9 (1928): p. 197.



moyens, qui, comme on l'a vu, sera créé en 1936 notamment pour faire la jonction entre l'exécutif du Collège et la Fédération.

### *2.3.2 Pour une administration démocratique*

L'opposition sur la question de la vocation du Collège des médecins, par la lutte pour le pouvoir qu'elle génère, les attaques et les contre-attaques, s'approfondit d'un second niveau d'enjeux. Face à des adversaires très indisposés de voir leur autorité contestée et qui défendent farouchement leurs positions et leurs orientations, les hommes de l'Action médicale se trouvent engagés dans une lutte contre les méthodes d'administration de la direction du Collège. Contre le régime autocratique et opaque de la vieille direction, l'Action médicale agite le drapeau de la démocratie professionnelle, de la rigueur et de la probité administrative. Les affrontements les plus virulents et les plus nombreux se joueront sur ce thème. De manière générale, on accuse « l'ancien régime » de mener sa barque de manière autocratique, dans le plus grand secret, sans se gêner pour se placer au-dessus des lois et des règlements quand il s'agit de contrer un opposant.

Sur une période d'un peu plus de dix ans (1926-1938), l'opposition des deux camps se cristallise dans une foule d'affrontements procéduriers, de scandales administratifs, de polémiques diffamatoires, même de procédures judiciaires. L'*Action médicale* ressasse continuellement, jusqu'à saturation, chacun des épisodes, enfonce consciencieusement chaque clou dans ce qu'elle entend faire le cercueil de la vieille direction.

Au cours du mandat 1926-1930, les gouverneurs de l'Action médicale ne se résignent pas à leur position marginale au sein du bureau médical. Puisqu'elle ne peut

y remporter une majorité de voix et infléchir directement l'orientation des affaires du Collège, l'opposition prend des mesures propres à dépasser son étroit pouvoir formel en mobilisant la profession toute entière pour en appeler devant elle des propositions les plus problématiques. Ainsi, à deux occasions, en 1927 et 1928, l'Action médicale contourne-t-elle les voies normales du Collège des médecins en organisant des référendums à travers lesquels environ 1000 médecins expriment un désaveu cinglant aux projets que la direction de la corporation se proposait d'adopter. Malgré le caractère non officiel de ces consultations, l'exécutif du Collège plie devant la mobilisation de ses membres<sup>82</sup>.

Une des batailles importantes porte sur l'accès aux documents du Collège. Les membres de l'équipe de l'Action médicale ayant accédé au Bureau des gouverneurs entendent remplir leurs responsabilités avec zèle en veillant de très près sur la gestion des affaires du Collège. L'accès aux documents leur est cependant refusé par la direction<sup>83</sup>. En 1929-1930, un avis légal, puis un procès donnent successivement raison aux gouverneurs oppositionnels quant à leur droit de regard sur les documents<sup>84</sup>. On se plaint également du manque de détails des rapports remis aux gouverneurs, notamment sur les finances du Collège. Toujours en 1930, les représentants de l'Action médicale doivent confronter l'exécutif du Collège pour

---

<sup>82</sup> Le premier projet porte sur l'octroi d'une pension de 3000\$ au registraire du Collège, « ami du régime » en place, le second sur une hausse de la cotisation des médecins au Collège. Les gouverneurs de l'Action médicale ne voient pas du tout d'un bon œil la perspective de donner encore plus ressources à une direction qui en fait déjà, selon eux, si mauvais usage. Dr J.-E. Desrochers, « De l'Outrecuidance au Cynisme », *L'Action médicale*, 6, 4 (1930). ; « La contribution reste à six dollars », *L'Action médicale*, 4, 10 (1928). ; Testis, « Un manifeste du Dr Dubé », *loc. cit.*

<sup>83</sup> Dr J.-E. Desrochers, « Comment notre registraire accueille les médecins qui vont le voir pour informations », *L'Action médicale*, 5, 1 (1929).

<sup>84</sup> « Opinion légale », *L'Action médicale*, 5, 3 (1929). ; J.C.S., « Extraits du jugement », *L'Action médicale*, 6, 7 (1930).

obtenir de manière statutaire, et non à la discrétion du président, les rapports nécessaires aux assemblées dans des délais raisonnables<sup>85</sup>.

Si les gouverneurs doivent voir plus clair dans les activités de l'exécutif, c'est également toute la profession qui doit être éclairée sur les affaires du Bureau médical. Un éditorial de septembre 1928 affirme :

Il ne faut pas qu'on élève les uns sur un piédestal d'où ils dominent le reste de leurs confrères et qu'on place les autres à leurs pieds en les nommant « les basses couches de la profession ». Tous ont leur mot à dire dans l'administration de notre société.

[...] toute motion tendant à modifier nos lois ou nos règlements, devrait être exposée et discutée dans les divers journaux médicaux de notre province avant de venir devant l'assemblée des gouverneurs. De cette façon, nos confrères pourraient faire valoir leurs suggestions et leurs objections : du choc des idées, jaillit la lumière.<sup>86</sup>

Pour les médecins militants de l'Action médicale, la culture du secret qui caractérise le régime du Dr Bélanger, puis après lui du Dr Dagneau, est une manifestation particulière d'une tare plus générale, celle du mépris de la légalité. Imbus de leur autorité, mais par ailleurs harcelés par les gouverneurs de l'Action médicale et leur journal, les officiers du Collège de l'époque prennent apparemment beaucoup de liberté par rapport à la loi qu'ils ont la charge de faire respecter et aux règlements de la corporation.

---

<sup>85</sup> Dr J.-E. Desrochers, «Les médecins en savent trop», *L'Action médicale*, 5, 2 (1929). ; Dr J.-E. Desrochers, «Les médecins en savent trop», *L'Action médicale*, 5, 2 (1929).

<sup>86</sup> «Non ! Non !», *L'Action médicale*, 4, 9 (1928): p. 194.

Par exemple, l'Action médicale dénonce une modification apportée en 1927 aux règlements relatifs aux actes dérogatoires en contravention des délais prescrits<sup>87</sup>. Le Collège s'expose alors à des contestations judiciaires, à des procédures ruineuses pour ses finances et son autorité. La manœuvre apparaît comme un expédient pour gonfler les revenus du Collège<sup>88</sup>. À une autre occasion, le conseil de discipline siège illégalement en ne respectant pas son quorum<sup>89</sup>. À cette séance, le conseil condamne un médecin en vertu d'un règlement qui n'a pas encore été ratifié par le Lieutenant-Gouverneur, et qui sera en fait invalidé par lui un peu plus tard<sup>90</sup>. Plusieurs cas semblables sont recensés. « Un grand nombre de décisions du bureau pourraient [...] être annulées à cause des irrégularités de procédure et des illégalités dont elles sont entachées. »<sup>91</sup> Le contournement des règles porte parfois plus directement sur les rivalités de pouvoir au sein du Bureau médical. L'Action médicale dénonce par exemple des manipulations de procès-verbaux pour modifier le résultat au vote de certaines résolutions<sup>92</sup>.

Faisant, en 1938, le bilan de douze ans de lutte au sein du Collège des médecins, le Dr Desrochers résume ce qu'il considère être les méthodes autoritaires de l'« ancien régime » :

[...] la suppression dans les procès-verbaux des résolutions adoptées par l'assemblée, les votes non enregistrés et faussés, des interprétations des textes de notre loi absolument fantaisistes, des combinaisons ourdies dans l'ombre pour tâcher de détruire la réputation des gens qui nous embarrassent et dont on ne peut acheter la conscience [...] <sup>93</sup>.

<sup>87</sup> «Ce qu'il faut lire dans le procès-verbal de la dernière assemblée des gouverneurs», *L'Action médicale*, 4, 2 (1928): p. 27.

<sup>88</sup> «Un scandale administratif», *L'Action médicale*, 6, 5 (1930): pp. 84- 85, 100.

<sup>89</sup> «Le conseil de discipline aurait-il violé la loi?», *L'Action médicale*, 5, 6 (1929): p. 128.

<sup>90</sup> Argus, «Enfin voici l'in vraisemblable», *L'Action médicale*, 6, 7 (1930): p. 121

<sup>91</sup> H. D., «Que devons-nous attendre de l'assemblée annuelle du bureau des gouverneurs le 26 septembre», *L'Action médicale*, 4, 9 (1928): p. 198.

<sup>92</sup> Testis, «Recette scientifique pour un Baillonnement Parfait», *L'Action médicale*, 6, 4 (1930): p. 71.

<sup>93</sup> Dr J.-E. Desrochers, «Discours Programme», *L'Action médicale*, 14, 6 (1938): p. 314.

Au début de l'année 1930, l'équipe de l'Action médicale prépare son second affrontement électoral en faisant le bilan du mandat qui s'achève. « Une assemblée générale des gouverneurs et deux assemblées de l'exécutif pendant une année ; voilà tout l'effort fait pour administrer et sauvegarder les intérêts de tout le corps médical. »<sup>94</sup> On répertorie l'ensemble des motions votées à l'initiative des gouverneurs partisans de l'Action médicale depuis 1926 et qui sont demeurées depuis « à l'étude » par l'exécutif<sup>95</sup>.

L'essentiel du programme électoral de 1930, qui tient en 8 points, porte encore sur le fonctionnement interne de la corporation professionnelle, sa vie démocratique :

- 1- Un plus grand respect de la loi et des règlements qui nous régissent par ceux qui sont constitués en autorité.
- 2- Une meilleure préparation à la compréhension des responsabilités professionnelles par un enseignement approprié.
- 3- Création d'un comité permanent chargé de surveiller les intérêts professionnels.
- 4- Maintien intégral des prérogatives du Bureau des Gouverneurs en matières d'enseignement médical.
- 5- Obligation pour l'Exécutif de faire rapport aux Gouverneurs des travaux de chaque séance dans les 15 jours qui suivent.
- 6- Publication dans les journaux où dans les revues médicales de la province de Québec de tout projet d'amendement à la loi ou aux règlements du collège au moins un mois avant l'assemblée générale.
- 7- Résumé substantiel de toute discussion sur l'adoption ou le rejet d'une motion afin que la profession médicale soit informée du travail de ses représentants.
- 8- Un référendum sur les projets des conseils médicaux régionaux. »<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> Testis, « Afin que nul n'en ignore... », *L'Action médicale*, 6, 2 (1930): p. 23.

<sup>95</sup> Ibid.

<sup>96</sup> « Programme de l'Action Médicale », *L'Action médicale*, 6, 6 (1930): p. 109.

L'élection ne produit pas la victoire escomptée et suscite au premier abord un certain découragement : « On voit [...] combien l'apathie générale semble chez notre profession un vice indéracinable. »<sup>97</sup> Pourtant, les résultats ne semblent pas si mauvais, bien au contraire. La progression du groupe au sein du bureau des gouverneurs est telle que la nomination des membres de l'exécutif devient un enjeu bien réel. En octobre, un auteur du pseudonyme de Testis commente :

De ceux qui furent élus, dix avaient catégoriquement adopté le programme de l'Action médicale. Des huit autres, quelques-uns avaient manifesté une certaine indépendance dont ils méritent d'être félicités. Un transfuge [...] se jeta dans l'autre plateau de la balance et on se trouva neuf contre neuf.<sup>98</sup>

Cet équilibre des camps met les trois représentants des universités en position de trancher<sup>99</sup> et les élections à l'exécutif voient la consécration des partisans de l'ancienne administration, à ceci de près que le Dr Desrochers accède à la 3<sup>e</sup> vice-présidence. L'ancien registraire est reconduit dans ses fonctions grâce à une courte victoire sur le candidat Henri Dorval<sup>100</sup>.

La défaite est amère. N'empêche, l'opposition n'est plus aussi marginale et elle se flatte elle-même d'imposer un nouveau rapport de force au sein du Collège : « L'atmosphère de l'assemblée était entièrement différente de celle des années antérieures. [...] il y avait cette année, parmi les nouveaux élus, un plus grand nombre d'esprits libres, capables de faire pencher la balance vers le bon sens et la raison. »<sup>101</sup>

---

<sup>97</sup> Argus, «Après la bataille», *L'Action médicale*, 6, 9 (1930): p. 158.

<sup>98</sup> Testis, «Échos de l'assemblée des gouverneurs», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930): p. 173.

<sup>99</sup> Dr Adrien Thibodeau, «Impressions d'un nouveau gouverneur», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930): p. 181.

<sup>100</sup> Testis, «Échos de l'assemblée des gouverneurs», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930): p. 174. Un gouverneur défait est encore éligible pour le poste de registraire.

<sup>101</sup> Ibid.

La tendance se poursuit lors des élections de 1934. Il est toujours question de régler des comptes avec la vieille garde du Collège : « Les problèmes à résoudre sont très nombreux et les derniers administrateurs se sont montrés tellement au-dessous de leur tâche, pour ne pas dire plus [...]. Il faut balayer la place. »<sup>102</sup> Par ailleurs, un nouvel enjeu électoral se dessine, celui de la défense des intérêts des médecins dans le cadre d'une éventuelle loi d'assurances sociales qu'on anticipe pour un avenir rapproché<sup>103</sup>.

En faisant le bilan des élections, l'Action médicale s'enorgueillit des positions gagnées, mais reste déçue de se voir privée d'une victoire plus complète.

Deux groupes étaient en présence, l'un, conservateur de désuètes coutumes, l'autre régénérateur d'énergie, apôtre de la réforme. L'un, partisan du laisser-faire, l'autre ayant pour principe « Action toujours ». [...]

De ces deux groupes il était assez facile de prévoir qui remporterait la palme. Aussi le résultat de l'élection ne nous a pas surpris, est des plus consolant et significatif. De même que l'opinion générale des médecins était catégorique : « Assez de routine, du changement, de l'action ». <sup>104</sup>

En fait, les résultats sont mitigés. D'une part, le Dr Desrochers perd d'une seule voix le poste de président du Collège. En revanche, le poste de registraire est remporté par une voix au profit d'un médecin de l'Action médicale, le Dr Laberge<sup>105</sup>.

C'est finalement la campagne de 1938 qui marque le tournant décisif dans la marche de l'Action médicale vers la conquête du Collège des médecins. Le docteur Desrochers publie un long discours-programme dès juin<sup>106</sup>. Il y dénonce encore,

<sup>102</sup> «Sujet de méditation», *L'Action médicale*, 10, 6 (1934): p. 329.

<sup>103</sup> «Deux politiques», *L'Action médicale*, 10, 8 (1934): p. 368.

<sup>104</sup> Un praticien, «Réflexions post-électorales», *L'Action médicale*, 10, 9 (1934): p. 385.

<sup>105</sup> Un témoin, «Le nouveau bureau des directeurs», *L'Action médicale*, 10, 10 (1934): p. 402.

<sup>106</sup> Dr J.-E. Desrochers, «Discours Programme», *L'Action médicale*, 14, 6 (1938): pp. 313-320.

inlassablement, l'inertie du président Dagneau face aux menaces pesant sur les intérêts professionnels. Mais l'essentiel de son discours n'est justement pas tourné contre l'administration précédente, mais plutôt consacré à une analyse approfondie des nouvelles conditions socio-économiques de la médecine et à la promotion de ce qu'il appelle une « rénovation économique de notre profession »<sup>107</sup>.

Cette fois, la victoire est sans équivoque. « Tous les militants opposés au groupe de l'*Action Médicale* ont mordu la poussière [...] »<sup>108</sup>. Le Dr Desrochers est élu président<sup>109</sup>. Le poste de registraire va au Dr Prud'homme, collaborateur de l'*Action médicale*<sup>110</sup>. L'édition de novembre du journal rapporte les discours dithyrambiques d'un banquet à l'honneur de la persévérance du nouveau président du Collège<sup>111</sup>. Cette fois, c'est la conception purement disciplinaire du Collège des médecins qui glisse dans l'opposition<sup>112</sup>.

En 1942, au terme du premier mandat au pouvoir du Dr Desrochers, le bilan dressé par le président de l'*Action médicale*, le Dr Del Vecchio<sup>113</sup>, est aussi satisfait qu'élogieux :

On doit admettre en tout sincérité que nos administrateurs actuels n'ont pas marché servilement dans les voies suivies antérieurement. [...] Nous ne pouvons pas énumérer par le détail toutes les initiatives heureuses que le président actuel du Collège secondé par le Bureau des gouverneurs à [sic] conduites à bonne fin. Qu'il nous suffise de constater que nous avons une

---

<sup>107</sup> Ibid., p. 315.

<sup>108</sup> Quatre-Vents, «La vie qui passe...», *L'Action médicale*, 14, 9 (1938): p. 366.

<sup>109</sup> Ibid., 10 p. 383.

<sup>110</sup> Ibid.

<sup>111</sup> «La profession médicale fête son président», *L'Action médicale*, 14, 11 (1938): pp. 402-406.

<sup>112</sup> Dr. J.-E. Desrochers, «Le Dr Dubé et sa lettre», *L'Action médicale*, 17, 2 (1941): pp. 21-22.

<sup>113</sup> Il a remplacé le Dr Desrochers après l'élection de celui-ci à la tête du Collège des médecins.



administration d'une inspiration complètement nouvelle, et c'est tant mieux pour nous.<sup>114</sup>

Les résultats de l'élection de 1942 semblent confirmer son jugement. Contrairement aux campagnes précédentes, l'élection des gouverneurs n'a pas donné lieu à des luttes acrimonieuses. 17 sur 18 ont été élus par acclamation, ce qui suggère une certaine unanimité de la profession à l'égard de ses administrateurs<sup>115</sup>. La première assemblée de ce nouveau bureau des gouverneurs reconduit sans surprise le Dr Desrochers dans ses fonctions<sup>116</sup>.

En septembre 1945, le Dr Desrochers annonce qu'il ne sollicitera pas d'autre mandat. L'auteur de l'article dit de lui que

[...] sans conteste, il fut le plus actif et le plus studieux de tous nos présidents. Bûcheur acharné, nous croyons qu'il a donné le meilleur de sa vie au Collège des médecins. La qualité qui le caractérise est le sens social ; état d'esprit qui nous explique le pourquoi de toutes ses opinions et l'aiguillon de toutes ses luttes.<sup>117</sup>

Contrairement à ce que l'historiographie pouvait jusqu'ici laisser croire, les années 1925 à 1938 sont loin de s'écouler sous les augures paisibles du consensus pour la profession médicale. À travers les pages de l'*Action médicale*, on découvre au contraire une histoire turbulente marquée de profondes divisions et de luttes très dures. Ce dynamisme semble être d'abord et avant tout le fait du groupe de médecins auquel nous nous intéressons. Animés du sentiment que les médecins ont jusqu'alors négligé d'assurer la défense collective de leurs intérêts – contrairement aux autres classes sociales –, ils entreprennent de créer les structures propres à incarner ce

<sup>114</sup> Dr DelVecchio, «Les élections de nos gouverneurs», *L'Action médicale*, 18, 7 (1942): p. 101

<sup>115</sup> Dr DelVecchio, «Une élection remarquable», *L'Action médicale*, 18, 9 (1942): p. 193.

<sup>116</sup> La Rédaction, «L'assemblée de nos gouverneurs», *L'Action médicale*, 18, 10 (1942): p. 209.

<sup>117</sup> Dr Charles Gagnon, «Bureau des gouverneurs», *L'Action médicale*, 21, 10 (1945): p. 194.

mouvement et d'y gagner la participation de plain-pied de la vieille corporation professionnelle.

On verra dans le chapitre suivant que ce branle-bas de combat dans les rangs de la profession traduit chez les médecins la conscience qu'ils ne peuvent affronter en rangs dispersés les difficultés socioéconomiques grandissantes dans lesquels s'empêtre leur pratique. Ces problèmes – que nous résumons sous l'expression de la « crise de la médecine libérale » – devront recevoir une réponse politique. Pour les animateurs de l'Action médicale et de la Fédération des associations médicales de districts, cette réponse prendra la forme des assurances sociales.

### CHAPITRE III LA CRISE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

On vient de voir en quoi les intérêts professionnels ont constitué la principale pomme de discorde d'une importante lutte de pouvoir au sein du corps médical québécois et de ses instances corporatives. Ils ont servi de cheval de bataille et d'étendard à la montée d'un vigoureux militantisme professionnel aux accents démocratiques et revendicateurs. Il reste maintenant à expliquer à quoi renvoie exactement cette expression d'« intérêts professionnels », ce que jusqu'ici nous n'avons qu'esquissé en toile de fond des combats de l'Action médicale. Le ferment de ce mouvement d'affirmation professionnelle et de cette guerre d'usure pour la direction de la profession, qui arrive à politiser la question des intérêts professionnels médicaux, c'est en fait la crise de la médecine libérale.

#### 3.1 La médecine libérale en question

Ce que nous entendons par médecine libérale, c'est l'ensemble des rapports sociaux qui caractérisent la pratique dominante de la médecine dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, telle qu'héritée du XIX<sup>e</sup> siècle. C'est une médecine pratiquée dans un rapport privé entre un patient et son médecin. Aucun intermédiaire administratif ou financier n'intervient entre eux. Le médecin y jouit d'une autorité complète en matière de diagnostic et thérapeutique, autorité à la fois juridiquement encadrée et appuyée par son appartenance à la corporation du Collège des médecins. Pour le distinguer des nouvelles figures médicales émergentes (hygiéniste ou médecin d'hôpital par exemple), on l'identifie souvent comme « praticien » ou « médecin de famille ». Il tire ses revenus des honoraires facturés directement à ses patients, à sa discrétion, en échange de son art. Le patient, qui porte individuellement

la charge de se procurer la commodité que représentent les soins médicaux, consulte le médecin de son choix. Il s'agit d'un libre marché, mais seulement à l'intérieur d'un monopole professionnel strict. Par ailleurs, il ne s'agit pas non plus d'un rapport purement marchand – c'est-à-dire strictement soumis à la loi de l'échange de valeurs équivalentes – dans la mesure où le tarif est, en partie du moins, ajusté aux moyens financiers de la clientèle, pour des soins qui, en principe, restent les mêmes pour l'ensemble de la clientèle. En marge des praticiens autorisés existe un marché noir de la thérapeutique, domaine de ceux que les médecins qualifient de charlatans, qui agissent en dehors de toute réglementation officielle. L'espace physique de la médecine libérale est généralement le domicile du patient ou le cabinet du médecin. Traditionnellement, en parallèle de ses activités lucratives, la médecine libérale prescrit au médecin un devoir de charité, celui de dispenser une certaine mesure de soins médicaux gratuits aux indigents incapables d'assumer les honoraires médicaux. On verra que cette « mesure » et son rapport à la partie lucrative de la pratique deviennent problématiques sous l'effet des conditions socio-économiques changeantes de l'époque.

Les traits fondamentaux et de plus en plus dominants de la société capitaliste québécoise en émergence – industrialisation, prolétarianisation, urbanisation – génèrent une contradiction croissante entre les besoins sanitaires de la population et l'offre de soins dans le cadre de la médecine libérale. Alors que les besoins grandissent notamment en raison des conditions d'hygiène et de la promiscuité du milieu urbain, des dangers spécifiques du travail industriel et mécanisé, du régime de consommation extrêmement rigoureux et déficient d'une masse de ménages ouvriers de plus en plus exclusivement dépendants du salariat et de ses défaillances au gré des cycles commerciaux, le coût des services médicaux est un obstacle de plus en plus insurmontable pour de larges pans de la population.

Dans les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, diverses innovations institutionnelles naissent dans le champ des œuvres sociales de bienfaisance ou des politiques de santé publique pour tenter d'atténuer cette contradiction ; on les verra plus loin. Toutefois, il ne s'agit pas d'entreprendre une réforme globale des modalités d'accès aux soins qui conjuguerait les intérêts des patients pauvres et ceux des médecins. Le règne de la médecine libérale n'est pas directement remis en cause. Les innovations au sein de la régulation sociale libérale se développent plutôt à sa périphérie, ciblant des couches sociales marginales – les indigents, traditionnellement confiés aux soins de la charité – ou des problèmes de santé spécifiques auxquels on accorde exceptionnellement un caractère social ou national – des maladies infectieuses épidémiques, la mortalité infantile, les maladies vénériennes. Par ailleurs, plusieurs de ces initiatives restreignent leur vocation à la prévention et à l'éducation sanitaire, respectant la souveraineté de la pratique libérale sur la médecine curative. Il n'empêche pourtant que ces diverses incursions dans le champ de la santé viennent, de l'extérieur, progressivement étouffer l'espace de la médecine libérale et rompre son équilibre. S'attaquant à la pièce et sans plan d'ensemble aux insuffisances de la médecine libérale, loin de s'y intégrer de manière fonctionnelle et cohérente, elles contribuent au contraire à en approfondir la crise.

Pour le médecin, cette crise est fondamentalement celle de sa condition économique, de ses revenus. Mais c'est également celle de ses prérogatives professionnelles – le degré de contrôle sur sa propre activité – et de son autorité sociale. Les praticiens, comme groupe professionnel appartenant à la petite-bourgeoisie, sont menacés de déclassement social.

### 3.2 Une condition économique menacée

L'inquiétude médicale face au déclasserment social s'exprime souvent par la nostalgie d'un âge d'or révolu de la profession : « La médecine a connu son âge d'or ; elle semble parvenue maintenant à sa période de déclin. »<sup>118</sup> Ce pessimisme, exprimé en 1932, est sans doute caractéristique du climat de l'époque, mais les médecins québécois ont le sentiment de ne pas être simplement victimes, à l'instar de leurs concitoyens, des affres de la dépression. Ils sont atteints d'un mal spécifique. Selon un d'eux, qui s'exprime en 1935 :

Depuis six ans nous souffrons de la crise, mais pour nous la crise a commencé avant la date fatidique de 1929. Jusqu'aux environs de 1920 nous avions une poule aux œufs d'or qui nous donnait bon an mal an de quoi vivre gentiment, voire largement.<sup>119</sup>

Le Dr L. P. Dorval parle de « décadence financière de notre profession »<sup>120</sup>. Il n'est pas possible, à partir des seuls témoignages des auteurs de l'*Action médicale*, de mesurer la réalité ou l'ampleur de cette décadence et de l'âge d'or qui l'aurait précédée, ni d'évaluer si, le cas échéant, 1920 marque réellement le point de rupture. Étudiant la situation canadienne (à l'exclusion du Québec), David Naylor parle des années 1920 comme d'une période prospère pour les médecins et suggère que leurs difficultés économiques coïncident avec la grande dépression, mais il note tout de même, avant les années 1930, une dénonciation croissante des abus de la médecine gratuite organisée sur une base caritative. Dans l'*Action médicale*, les lamentations des médecins sur leur sort ne sont jamais appuyées de démonstrations documentées, de portraits un tant soit peu détaillés et étayés par la statistique. Sans doute les auteurs sont-ils médecins et non sociologues, mais ces constats, adressés à d'autres médecins,

<sup>118</sup> « Les médecins de l'Ouest fondent une association », *L'Action médicale*, 8, 12 (1932) : p. 439.

<sup>119</sup> Peccavimus, « Réflexions pour le carême », *L'Action médicale*, 11, 3 (1935) : p. 498.

<sup>120</sup> L.-P. Dorval, « À qui la faute ? », *L'Action médicale*, 10, 5 (1934) : p. 321.

avaient probablement aussi le caractère de l'évidence. Ce qui est certain, c'est que les difficultés financières représentent un thème majeur du discours des médecins sur leur propre profession. « Les médecins, écrit le Dr Plouffe en 1934, se plaignent de la crise, ils en souffrent peut-être plus que les membres de toutes les autres professions libérales. [...] la profession ne nourrit plus son homme !!! »<sup>121</sup> Les témoignages de la pauvreté médicale abondent :

Plusieurs médecins sont menacés de perdre leurs biens mobiliers et immobiliers à cause de l'impossibilité où ils sont de payer leurs arrérages de taxes. D'autres se voient enlever leurs automobiles au nom de la loi pour satisfaire des créanciers sans pitié sous prétexte que ce moyen de locomotion n'est pas nécessaire à l'exercice de leur profession. Un grand nombre ne peuvent même plus payer pour le service du téléphone et en sont réduits à se mettre sur la liste des secours de l'État.<sup>122</sup>

Si la dépression des années trente n'est pas la cause directe du malaise médical, elle n'en représente évidemment pas moins un facteur aggravant.

Ce qui mène le médecin à la ruine, c'est bien entendu le déclin de la solvabilité des patients. La difficulté de se faire payer ses honoraires est décrite comme un problème courant pour le praticien :

Le professionnel, lui, dont les services restent impayés par suite de l'insolvabilité de ses clients ne doit-il pas porter dans ses livres, non seulement des centaines de dollars de crédit, mais parfois des sommes dont le chiffre est énorme ? [...] La perception est si difficile actuellement que cette situation attire l'attention des sociétés médicales du pays et de l'étranger. [...] L'État doit-il intervenir pour aider le médecin en lui payant ses honoraires pour ces cas ?<sup>123</sup>

---

<sup>121</sup> Adrien Plouffe, « C'est notre faute », *L'Action médicale*, 10, 4 (1934): p. 295.

<sup>122</sup> « Lettre d'un médecin au Président de l'Exécutif de la ville de Montréal », *L'Action médicale*, 10, 6 (1934): p. 334.

<sup>123</sup> Gaston Rivet, « "Frozen Assets" », *L'Action médicale*, 8, 7 (1932): p. 354.

Les médecins font face à un problème endémique de mauvaises créances qui s'accumulent. C'est ce que suggèrent les conseils répétés et variés pour remédier à ce problème. Nombreux sont les patients débiteurs qui fuient leurs dettes en disparaissant sans laisser d'adresse<sup>124</sup>. Le médecin doit faire enquête pour ne pas en perdre la trace. On reproduit là-dessus les conseils donnés par un certain *Retail Trade Bulletin* du *Alexander Hamilton Institute* : interroger des voisins, la compagnie du télégraphe, la compagnie du téléphone, du gaz, de l'électricité, etc., en obtenir de l'information sur le crédit et les comptes du débiteur fautif, s'informer de son adhésion à un club ou une loge, consulter les registres gouvernementaux de propriétaires d'automobile, les procès-verbaux de palais de justice, les bottins téléphoniques, etc., faire enquête auprès de la famille, l'école, les autorités postales, la compagnie de transport de déménagement, les patrons du débiteur, la police, le curé...<sup>125</sup>

On recommande surtout au praticien d'avoir recours à un percepteur, un agent d'affaires professionnel, avant que l'état des créances de ses clients ne devienne hors de contrôle :

Nos lecteurs n'ont-ils pas connu comme moi de ces praticiens dont le chiffre d'affaires était de \$8,000.00 à \$10,000.00 dollars par an et qui admettaient comme un fait inévitable une perte annuelle de \$3,000.00 pour un mauvais crédit sacrifié et pourtant réalisable. Un agent d'affaires avisé et surtout recommandable, muni de renseignements indispensables et dont l'intervention aurait été demandé [sic] à temps aurait évité la plus grande partie de ces pertes.<sup>126</sup>

---

<sup>124</sup> Gaston Rivet, «Problèmes», *L'Action médicale*, 11, 3 (1935): p. 499.

<sup>125</sup> «Recette pour retrouver un débiteur récalcitrant», *L'Action médicale*, 7, 10 (1931): p. 171.

<sup>126</sup> Gaston Rivet, «Pronostics», *L'Action médicale*, 11, 1 (1935): p. 468.



La recherche d'un outil de recouvrement des mauvaises créances fait partie des préoccupations de l'Action médicale depuis sa fondation. Dès 1925, l'association met sur pied un bureau de perception des comptes<sup>127</sup> :

Mieux vaut perdre un client en lui réclamant ce qu'il doit qu'en le laissant s'endetter. C'est pour aider à cette perception que l'Action Médicale a fondé une agence de collection qui laisse au médecin la liberté de s'occuper de sa clientèle et qui fait elle-même tous les recouvrements.<sup>128</sup>

Le médecin verse au percepteur un pourcentage de ses comptes à recouvrir pour en récupérer au moins une partie. L'équilibre entre le besoin de voir ses honoraires acquittés et celui de conserver une clientèle économiquement précaire est difficile à maintenir, c'est ce qui fait de la perception des comptes un exercice à la fois nécessaire et délicat. La situation s'étant vraisemblablement détériorée avec la crise, on envisage le problème de manière moins catégorique en 1931 :

Le travail de perception ne doit pas être destructif. Ceci devrait servir de formule à toutes les agences de collection. En effet, le médecin compte sur sa clientèle pour vivre. C'est son capital. [...] Le médecin tient à conserver le client même débiteur, car ce dernier, sa séance acquittée, reviendra s'il n'a pas été maltraité par le collecteur ignorant ou l'homme de loi trop pressé de réaliser des honoraires.<sup>129</sup>

La chasse au débiteur passe nécessairement par le renseignement et la centralisation des informations. C'est dans cet esprit que le journal publie en 1927 une liste noire de mauvais payeurs en fuite : « « L'Action médicale » remettra 25 cents par nom au confrère ou autre qui voudra se donner la peine d'envoyer au secrétaire, l'adresse présente des noms ci-dessous, considérés comme introuvables par le collecteur ou le

<sup>127</sup> «Le premier dîner de "L'Action médicale"», *L'Action médicale*, 1, 3 (1925): p. 5. ; «Réorganisation de notre bureau central de perception», *L'Action médicale*, 2, 3 (1926): p. 11. , Dr Henri Dorval, «Conférence», *L'Action médicale*, 2, 6 (1926): p. 5.

<sup>128</sup> «L'Action médicale économique», *L'Action médicale*, 1, 5 (1925): p. 6.

<sup>129</sup> «Le médecin et son agent financier», *L'Action médicale*, 7, 1 (1931): p. 3.

confrère. »<sup>130</sup> En 1933, apparemment pour systématiser ce travail d'enquête, on met sur pied un bureau de renseignement :

Tout médecin soucieux de se protéger devra dorénavant poser les questions que nous lui demanderons et ce, dès la première entrevue avec son nouveau client qu'il soit payé ou non, Il ne faut pas oublier en effet, que le nouveau venu a probablement laissé en souffrance un compte chez un ou plusieurs confrères et que si l'on en juge par l'expérience des derniers douze mois, la personne a pu déménager sans fournir sa nouvelle adresse.[...] Notre bureau aidera donc d'abord à la localisation des fuyards. Il fournira de plus des renseignements de crédit très utiles avant de commencer un traitement.<sup>131</sup>

### 3.3 Expédients et tensions dans la régulation sociale libérale

Comme on l'a expliqué en chapitre d'introduction, la régulation sociale libérale se construit autour du principe directeur de la responsabilité individuelle. Être individuellement responsable de son existence est un gage d'indépendance et le corollaire de la liberté individuelle. Les malheurs d'une personne où la difficulté à y faire face révèlent, au-delà d'une situation particulière, le manque de capacités à assumer sa liberté, d'aptitudes à la discipline, de rigueur morale. En cela ils ont une fonction pédagogique, réformatrice. Assister une personne qui fait défaut à ses responsabilités, c'est la perdre définitivement, encourager l'oisiveté et saper les fondements de l'ordre social. Avec une note d'ironie, l'auteur de la citation suivante, datée de 1928, dénonce par exemple l'imprévoyance de ceux qui consomment à crédit et qui cherchent ensuite la charité dans les hôpitaux :

[...] le véritable pauvre mérite notre pitié mais le viveur, le prodigue et le faussaire ne doivent pas nous émouvoir.

---

<sup>130</sup> «Liste des amis qui abusent de nous», *L'Action médicale*, 3, 9 (1927): p. 191

<sup>131</sup> «Montréal aura le sien», *L'Action médicale*, 9, 7 (1933): p. 130.

À ceux qui achètent tout à terme et qui ont toutes les inventions modernes en leur possession pourquoi n'ouvrirait-on pas un compte différé à l'hôpital ? <sup>132</sup>

Le rapport à la santé n'échappe pas à cette distinction entre bons et mauvais pauvres. On s'attend d'un malade qu'il rémunère lui-même le médecin qui le soigne et celui, par exemple, qui se serait ruiné en consommant au-dessus de ses moyens grâce au crédit ne peut légitimement être dispensé de cette règle.

Puisqu'on oppose mauvais et bons pauvres, c'est qu'il existe bien des exceptions légitimes à la norme disciplinaire libérale de la responsabilité individuelle. On reconnaît une catégorie d'indigents considérés comme dépendants et pour qui, à ce titre, un soutien social est justifié. Mais ce n'est pas le dénuement qui est ici le critère déterminant de l'assistance. L'indigent secourable, c'est la personne qu'on juge incapable d'indépendance économique pour des raisons échappant à sa responsabilité : orphelins, invalides, mères dont le soutien de famille est décédé, vieillards sans famille. On ne parle pas ici d'une « question sociale » comme on en fera de la misère industrielle, problème à surmonter, à réformer. Il s'agit d'une pauvreté normale, éternelle, dans l'ordre des choses, qui doit être encadrée aussi bien économiquement que moralement. L'encadrement est pourvu par la charité publique, organisée par de nombreuses initiatives privées généralement sous l'autorité ecclésiastique avec la collaboration de laïcs. Le médecin lui-même se reconnaît un devoir de charité envers l'indigent sous les espèces de soins gratuits ; il n'y voit aucune contradiction avec sa pratique lucrative.

La réalité socio-économique du développement capitaliste au Québec interdit toutefois d'en rester à ce schéma idéologique réconfortant. La discipline sociale promue par l'idéologie libérale est de plus en plus impuissante à réguler les

---

<sup>132</sup> «Le dispensaire. L'admission en serait bientôt contrôlée», *L'Action médicale*, 4, 6 (1928): p. 128.

contradictions de ce développement et à en juguler le désordre. La misère ouvrière – celle du petit salarié ou du chômeur involontaire – ne se résorbe pas d'elle-même par les vertus de l'autodiscipline. Elle entraîne les institutions nées de la régulation libérale hors des catégories sociales et normatives de son paradigme. La pauvreté à secourir est impossible à circonscrire dans la figure traditionnelle et normale de l'indigent – le pauvre privé de toutes ressources, des moyens de s'en procurer soi-même et d'un soutien familial. C'est ce qui ressort du portrait des différentes catégories sociales en fonction de leur accès aux soins de santé tel que dressé en 1934 par le Dr. Freedman.

« In the past, we have always had a certain number of people who were entitled to, and received, medical attention without fee. These people may be classed as indigents, and it is reasonable to assume we shall always have them with us. Due to present conditions, we have a vast army of unemployed [...]. In addition to this group, there are a large number of people who are employed at a salary so low that all they can do is to purchase food and shelter, with nothing left over for illness or other such unreasonable luxuries. [...] only one-half of the population of Montreal is able to make any real pretence at paying medical fees. Of this latter half even, a certain proportion are able to pay only for short medical attention, but, if their illness is prolonged, in spite of their desire to the contrary, they must accept medical charity. »<sup>133</sup>

Ainsi à peine 50 % de la population montréalaise serait en mesure de faire la moindre contribution au financement de ses besoins en santé. C'est que dorénavant l'extrême pauvreté touche non seulement la catégorie apparemment éternelle des indigents, mais une armée de chômeurs d'une ampleur inédite. Ce qui fait encore davantage dérailler la régulation sociale libérale, c'est que l'extrême pauvreté déborde de plus en plus la frontière fondamentale entre le travail et le désœuvrement : les bas salaires tiennent une large part de travailleurs à l'extérieur de toute prétention à l'indépendance économique prônée par le discours libéral.

---

<sup>133</sup> Newman B. Freedman, « Medical Unemployment Relief », *L'Action médicale*, 10, 11 (1934) : p. 427.

### *3.3.1 La loi de l'Assistance Publique, les hôpitaux et les dispensaires*

Si la régulation sociale libérale repose principalement sur le pilier de l'initiative privée – sous la forme de la responsabilité individuelle ou de l'organisation de la charité par la société civile pour secourir les infortuné-e-s – les pouvoirs publics n'en sont pas exclus. Et ils ne se présentent pas seulement sous la figure répressive d'une justice qui criminalise les déviants. La pauvreté justifie de plus en plus certaines formes de redistribution de la richesse à partir de fonds publics. En fait, l'intervention croissante de l'État traduit les tensions qui traversent le mode de régulation libérale. Il intervient pour en pallier les insuffisances, mais essentiellement en en prolongeant le fonctionnement. Loin de vouloir se substituer aux institutions de charité et d'instaurer une régulation sur la base de nouveaux principes, il cherche à leur donner un second souffle. Son intervention elle-même constitue objectivement la réponse à la faillite d'un système, mais simultanément le mode de cette intervention a pour effet de voiler cette faillite.

Le gouvernement québécois adopte en 1921 la loi de l'Assistance Publique. Elle a pour effet de systématiser et d'amplifier une aide financière qu'il accordait déjà de manière sporadique et discrétionnaire aux institutions d'assistance. Elle répond à une situation de crise financière caractérisant beaucoup d'institutions d'assistance incapables d'assumer, avec la seule charité des particuliers, un fardeau s'alourdissant. Dorénavant, avec la loi de 1921, le gouvernement s'engage à payer le tiers du coup d'entretien d'un indigent reçu en hôpital, un autre tiers étant du ressort de la municipalité et le dernier laissé à l'institution, donc à la charité privée. Des subventions sont également octroyées pour la construction de nouveaux établissements, favorisant la croissance rapide du réseau hospitalier.

Loin d'être un désaveu de la régulation libérale – en l'occurrence le recours aux institutions de charité pour encadrer la pauvreté –, cette intervention étatique cherche au contraire plutôt à la prolonger en la subventionnant. Ce ne sont ni les patients ni l'organisation des soins de santé – l'activité des médecins – qui sont directement ciblées par l'État, mais bien les institutions de charité dont on préserve la mission et l'autorité. Les fondements de la régulation libérale sont maintenus.

Pourtant, les médecins sentent bien que cette opération de sauvetage étatique de l'assistance ne préserve pas simplement le statu quo libéral, mais correspond à un débordement de cette régulation de son lit d'origine, notamment à leurs dépens. On peut lire en 1933 :

La profession médicale est de toutes les institutions professionnelles, la plus menacée par le bouleversement actuel de l'ordre social. Des philanthropes chimériques s'accordent avec les masses populaires aveulies pour abandonner les malades à la sollicitude de l'état. Déjà la pratique libre de la médecine est limitée par les empiètements des pouvoirs publics que ne semble nullement impressionner la banqueroute universelle des méthodes centralisatrices contemporaines. La routine administrative se substitue aux initiatives individuelles.<sup>134</sup>

Aussi les médecins ne se contentent-ils pas de blâmer l'insolvabilité des patients pour leurs difficultés. L'ennemi principal, c'est ce qu'on identifie comme l'abus systématique et le dévoiement de l'aide offerte aux indigents par l'État.

Les soins hospitaliers soutenus par la loi de l'Assistance Publique sont soumis à une critique sévère et continue. On ne s'attardera pas aux éléments du discours

---

<sup>134</sup> L. B., «Les médecins au Canada français», *L'Action médicale*, 9, 8 (1933): p. 139.

traitant des problèmes spécifiques de financement des hôpitaux<sup>135</sup> ; on retiendra seulement les critiques qui se portent directement à la défense des intérêts professionnels sous la médecine libérale.

L'assistance aux indigents prend deux formes dans l'hôpital. Le dispensaire, clinique de consultation médicale gratuite, et les salles publiques, où l'on hospitalise gratuitement des patients pour une nuit ou davantage dans une grande salle commune, par opposition aux chambres semi-privées et privées réservées aux malades solvables qui paient l'hospitalisation et les honoraires médicaux. On reproche essentiellement la même chose à ces deux formes d'assistance : leur vocation de secours aux indigents serait systématiquement violée par des patients solvables, voire fortunés qui abusent des soins gratuits et dont on tolère la présence. Voici ce qu'en dit le Dr Dorval en 1932 :

L'hôpital dans ses origines avait pour but exclusif le traitement des indigents et le soin des déshérités de la fortune, aux frais de la charité publique. En théorie c'est encore le motif que l'on invoque lorsque l'on fait appel au public ; mais en réalité l'hôpital est devenu la Mecque de toute personne riche ou pauvre, qui a le moindre petit bobo. [...] Cette course vers l'hôpital s'est donc évidemment produite aux dépens des médecins de famille, aussi bien qu'aux dépens du public qui doit par ses souscriptions et des octrois des gouvernements combler les déficits toujours croissants des hôpitaux qui persistent à accumuler des frais en dehors de ceux que la charité est appelée à défrayer.<sup>136</sup>

En 1926, le Dr Henri Dorval estime que sur l'ensemble des cas admis aux dispensaires, « [...] d'après un calcul approfondi, 50 pour cent sont en mesure de payer leur médecin, et 25 pour cent pourraient au moins le dédommager raisonnablement. »<sup>137</sup>

<sup>135</sup> On peut voir à ce propos Martin Petitclerc et Yvan Rousseau, *op. cit.* et Yvan Rousseau, *op. cit.*

<sup>136</sup> Dr L.-P. Dorval, « Autour de la question hospitalière », *L'Action médicale*, 8, 2 (1932) : p. 255.

<sup>137</sup> Dr Henri Dorval, « Conférence », *L'Action médicale*, 2, 6 (1926) : p. 3.

Une critique radicale voudrait restreindre les dispensaires à des fonctions minimales : « [...] le chargé de dispensaire devrait se borner à faire le diagnostic, à renseigner le malade sur le besoin où il est ou non d'aller voir son médecin. [...] Le dispensaire doit être un bureau de *prévention* et rien d'autre. »<sup>138</sup>. En général, toutefois, on admet la nécessité d'y traiter les indigents<sup>139</sup>. Ce qui fait consensus, c'est la nécessité de filtrer les vrais indigents des faux, qui eux ont les moyens de payer les honoraires d'un médecin.

Pour les médecins, la réglementation fait défaut pour distinguer les vrais des faux indigents et interdire l'accès de ceux-ci aux soins gratuits. La dénonciation est continuellement réitérée et au fil des années des propositions sont avancées pour colmater la brèche. Dès les débuts de l'Action médicale, on revendique la création d'un bureau d'enquête, centralisé et administré par l'État, pour filtrer l'accès à la charité médicale<sup>140</sup>. En 1935, un bureau d'enquête municipal est mis sur pied dans cet esprit<sup>141</sup>. Cette solution ne semble pas donner satisfaction, mais on ne s'en étonne pas en constatant qu'on annonçait déjà en mai 1925 un accord conclu entre des hôpitaux montréalais sur « l'adoption d'un système uniforme et centralisé d'enquête et de déclarations sur la condition pécuniaire des patients publics » qui paraissait alors comme « un commencement de solution »<sup>142</sup>. D'ailleurs, chaque hôpital administre un bureau de service social dont le mandat est de vérifier l'admissibilité des patients. D'où vient alors que les principes de l'assistance publique sont systématiquement

---

<sup>138</sup> «Aux Trois-Rivières», *L'Action médicale*, 1, 3 (1925): p. 6.

<sup>139</sup> «Le dispensaire aux indigents seulement», *L'Action médicale*, 1, 5 (1925): pp. 10-11.

<sup>140</sup> «Le dispensaire. L'admission en serait bientôt contrôlée», *L'Action médicale*, 4, 6 (1928): p. 127 , «Le programme de l'Action médicale», *L'Action médicale*, 2, 6 (1926): p. 1 , Dr Henri Dorval, «Conférence», *L'Action médicale*, 2, 6 (1926): p. 6.

<sup>141</sup> L. B., «Bureau central d'enquêtes», *L'Action médicale*, 11, 5 (1935): p. 532.

<sup>142</sup> «L'assemblée générale de L'Action médicale», *L'Action médicale*, 1, 5 (1925): p. 6.



bafoués et que l'appareil réglementaire et administratif semble impuissant à contrôler les abus ?

Plusieurs facteurs sont pointés du doigt comme autant de maillons faibles du système. Il y aurait d'une part la négligence volontaire des administrations d'hôpitaux, soucieuses essentiellement de la croissance et du prestige de leurs institutions et indifférentes au sort de la médecine lucrative. Le problème est dénoncé aussi bien dans les dispensaires que dans les salles publiques des hôpitaux. En 1936, Newman Freedman souligne que :

« [...] large number of patients frequenting clinics can afford to pay small fees. These patients can be eradicated by efficient Social Service departments, but, hospitals are so anxious to build up clinics, that that vast majority of people in the low pay category are made welcome at the hospitals. The majority of the hospitals will admit anybody to their wards when they offer to pay the full cost of hospitalisation at public ward rates, if they have a bed available. »<sup>143</sup>

On considère également que les principes de la charité et la médecine libérale sont sacrifiés aux intérêts d'une politique populiste qui flirte même avec le socialisme pour amadouer les classes populaires. Par exemple, en 1928, on pose la question :

Ils font la charité, dit-on ; oui, c'est vrai, mais à qui ? Aux pauvres ? non pas. Celui qui fait la charité aux pauvres c'est le praticien qui soigne gratuitement les pauvres de sa paroisse. Le médecin d'hôpital fait la charité aux gouvernements municipaux et provinciaux.

[...] pourquoi fait-on du socialisme à ses frais ?<sup>144</sup>

---

<sup>143</sup> Ibid.

<sup>144</sup> « Pourquoi les médecins ne sont-ils pas payés pour les soins qu'ils donnent dans les services publics de hopitaux ? », *L'Action médicale*, 4, 4 (1928) : p. 74.

En 1934 on accentue encore davantage le trait en ayant recours à un populisme – de droite cette fois – aux accents tragi-comiques qui exploite la peur du communisme :

Pour flatter l'électeur en [sic] fait montre de philanthropie [sic], mais c'est de la philanthropie à nos détriments. [...] on a saboté, persécuté, sacrifié une profession utile, nécessaire à la société pour la remplacer par des institutions de l'état. [...] impuissants devant un parlement bolchévisant, nous assistons à la socialisation de notre régime économique. [...] les noms et les lieux étant différents, les faits sont identiques à ceux de Russie.<sup>145</sup>

Sous cet angle, la menace n'est pas seulement celle d'une concurrence déloyale envers la pratique lucrative de la médecine. Plusieurs médecins voient dans les diverses manifestations de l'État dans le champ de la santé déjà les prémises d'une médecine intégralement socialisée, étatisée, et le ravalement du statut professionnel du médecin à celui d'un vulgaire fonctionnaire salarié aux ordres d'une bureaucratie toute puissante. On verra plus en détail cet aspect de la défense de la médecine libérale dans le chapitre suivant.

On peut tirer, bien que sans contour extrêmement précis, un portrait social de la charité publique hors de contrôle qui se fait aux frais des médecins. Si les dénonciations les plus outrées parlent de faux indigents déposés aux dispensaires en limousine et vêtus de manteaux de fourrure, il est plus probable que la tendance dominante du phénomène consiste en l'envahissement des dispensaires et des salles publiques par les petits salariés. Dans deux articles publiés en 1934 et 1935, on souligne :

Quels comédiens que ces centaines de patients qui se pressent dans les dispensaires et dont une bonne part, gens certes pas à l'aise mais cependant

---

<sup>145</sup> Spartacus, «Le Mur des Lamentations», *L'Action médicale*, 10, 10 (1934): p. 405.

gagnant un salaire régulier, peut payer les frais de sa cure à condition d'épargner quelque peu.<sup>146</sup>

Malheureusement dans la ploutocratie on a cru que pauvre et ouvrier étaient synonymes et on a voulu faire à qui mieux mieux pour soulager la misère de l'ouvrier pour lui permettre de vivre sur un pied qui ne va pas toujours avec son salaire. On n'a pas su faire cette distinction que le pauvre est celui qui doit souvent se passer des choses indispensables à la vie et que l'ouvrier est celui qui doit conformer son mode de vie au salaire qu'il retire. [...] Si l'ouvrier ne gagne pas assez pour faire face à ses obligations que la ploutocratie voie [sic] à relever l'échelle des salaires qu'elle lui paye.<sup>147</sup>

Certains médecins reconnaissent eux-mêmes et déplorent que plusieurs d'entre eux dirigent vers les hôpitaux des patients dont ils n'attendent pas un plein dédommagement pour leurs services. Ainsi le Dr Bonin, en 1926 :

Le médecin de famille doit faire son gros meâ culpâ [sic]. Sitôt qu'il a un cas qui l'embête, soit comme diagnostic, soit comme mauvaise paye, il s'en débarrasse en le dirigeant vers l'hôpital. Ne vaudrait-il pas mieux soigner, pro Deo, la pauvre à domicile et se perfectionner dans la technique des saignées, prises de sang, injections intraveineuses, etc.<sup>148</sup>

Cet aveu accrédite l'hypothèse selon laquelle l'Assistance publique répond bien à un problème de solvabilité des malades.

Quoi qu'il en soit, ce qui est vu comme un véritable drainage hospitalier et caritatif de la clientèle signifie pour la médecine libérale un rétrécissement correspondant de son champ d'action. En 1939, un médecin écrit :

[...] petit à petit le praticien s'est laissé arracher sans grogner les meilleurs morceaux. C'est à ses dépens qu'a [sic] surgi toutes sortes d'organisations prétendues charitables. Son champ d'action s'est tellement rétrécie [sic] qu'il

<sup>146</sup> L. B., «La comédie tragique», *L'Action médicale*, 11, 8 (1935): p. 589.

<sup>147</sup> L. B., «Le médecin dans la société moderne», *L'Action médicale*, 10, 9 (1934): p. 386.

<sup>148</sup> Lud. Bonin, «Soignons nos malades pauvres», *L'Action médicale*, 2, 11 (1926): p. 7

ne lui reste plus rien pour assurer une subsistance digne d'un professionnel, lambeau par lambeau on a grugé jusqu'à l'extrême limite, la meilleure part de nos activités rémunératrices.<sup>149</sup>

C'est la défense de cette part de marché qui justifie l'essentiel des critiques envers les différentes offres de soins gratuits. Dès 1926 on met en garde la profession : « Hâtons-nous d'exercer un contrôle sur les dispensaires, sinon d'ici à quelques années nous serons tous forcés d'offrir nos services gratuitement pour avoir la possibilité d'exercer notre art. »<sup>150</sup> Bientôt, il n'y aura plus que les riches pour payer des honoraires à une poignée de médecins<sup>151</sup>. On affirme encore en 1938 « [...] le champ de la médecine libre se rétrécit chaque jour davantage. Bientôt, surtout dans les villes, si l'on n'y prend garde, il ne restera que peu de clients pour les praticiens. »<sup>152</sup> Non seulement les clients se font plus rares, mais il semble plus difficile, face à la concurrence des soins gratuits, de tirer des honoraires normaux de ce qui reste de clientèle au praticien. Selon le Dr Henri Dorval, qui s'exprime en 1926 :

Non seulement le médecin souffre de plus en plus de cet état de choses [l'abus des soins gratuits prévus pour les indigents], mais s'il réclame des honoraires raisonnables il passe pour un exploiteur. Et pourtant le médecin sait graduer ses honoraires suivant l'état de fortune de son client.<sup>153</sup>

Pour solidifier leur position, les médecins de famille dénoncent également l'assistance publique au nom même de ceux qu'elle a d'abord pour mission de secourir. Les indigents seraient également victimes des abus de la charité publique :

---

<sup>149</sup> Un Grincheux, « Individualisme », *L'Action médicale*, 15, 2 (1939) : p. 32.

<sup>150</sup> Praticien, « À l'oeuvre », *L'Action médicale*, 2, 9 (1926) : p. 4. ; encore en 1931 « [...] si nous ne surveillons pas les abus des dispensaires, ils ne feront que croître au point que seules les riches constitueront la clientèle et ceux-ci n'occuperont que relativement peu de médecins. » ; L. Bonin, « Le lot du praticien », *L'Action médicale*, 7, 10 (1931) : p. 169.

<sup>151</sup> L. Bonin, « Le lot du praticien », *L'Action médicale*, 7, 10 (1931).

<sup>152</sup> Dr J.-E. Desrochers, « Examens des faits », *L'Action médicale*, 14, 2 (1938) : p. 233.

<sup>153</sup> Dr Henri Dorval, « Conférence », *L'Action médicale*, 2, 6 (1926) : p. 3.

« Le vrai pauvre honteux, qui ne tend la main qu'avec timidité, est privé des soins médicaux dont il a besoin, parce que le faux indigent prend sa place, sans pudeur et sans vergogne. »<sup>154</sup>. En 1935, on dresse un portrait plus détaillé de la situation :

[...] ils ont obéré les budgets publics à tel point que les administrateurs ne savent plus comment combler les vides qui s'y multiplient. Ils ont congestionné les dispensaires gênant ou prenant la place du vrai pauvre, ils empêchent ce dernier de recevoir toute l'attention à laquelle il aurait droit ; ils surchargent d'ouvrage les médecins préposés aux dispensaires et aux services publics et ils soustraient à ces médecins les revenus qui leur permettraient de mener une existence conforme à leur rang social et correspondant à la somme de travail accompli.<sup>155</sup>

En 1937, les dénonciations convergent dans une campagne pour une réforme en profondeur de l'Assistance publique. On propose notamment sa désinstitutionalisation par le dédommagement partiel des soins aux indigents donnés à domicile par le médecin de famille.

[...] si jusqu'ici on a reconnu que les soins médicaux aux indigents étaient en partie imputables aux gouvernements qui ont accepté la charge d'aider aux hôpitaux, il va de soi que le traitement des indigents en dehors des hôpitaux relève également en partie du gouvernement, et qu'il n'est que juste qu'il contribue au traitement des indigents des campagnes, qui n'ont [sic] pas de facilité d'hôpital.<sup>156</sup>

Les médecins, pourfendeurs de la médecine d'État et laudateurs des traditions de charité de la profession, peuvent sembler se mettre en contradiction en souhaitant ainsi soigner l'indigent aux frais de l'État. Aussi parent-ils d'avance aux critiques en apportant les nuances qui leur paraissent s'imposer :

---

<sup>154</sup> «Le dispensaire. L'admission en serait bientôt contrôlée», *L'Action médicale*, 4, 6 (1928): p. 127

<sup>155</sup> L. B., «La comédie tragique», *L'Action médicale*, 11, 8 (1935): p. 589.

<sup>156</sup> «Réponses à quelques objections», *L'Action médicale*, 13, 3 (1937): p. 41

Nous ne voyons pas de ressemblance dans le principe du plan [de désinstitutionalisation] avec le principe de l'étatisation de la médecine. L'étatisation de la médecine consiste à créer des médecins fonctionnaires de l'état, qui pour un salaire donné distribueraient leurs soins à tout le monde sans distinction, et sans aucun honoraire. Or dans le plan soumis il n'est pas question de donner aux médecins un salaire équivalent aux services qu'ils sont appelés à rendre aux indigents, mais bien de dédommager les médecins en partie pour le travail et les dépenses encourues pour les soins des nécessiteux, laissant à leur générosité, et à leur dévouement professionnel le soin de combler la différence. En laissant par ailleurs le libre exercice de la profession dans toutes les autres classes de la société, et en imposant aux gagne-petit qui sont appelés à bénéficier des lits publics l'obligation de payer leurs médecins suivant le tarif de la loi des Accidents du Travail, le plan contribue selon nous à éloigner le péril de l'étatisation.<sup>157</sup>

Le projet de réforme est directement inspiré du plan d'assistance médicale aux chômeurs adopté par la ville de Montréal un an auparavant (voir infra). Toutefois, on constate dès 1938 que :

[...] le projet est resté sur la table, le gouvernement ne pouvant trouver le moyen d'inclure dans son budget la somme de un million et un quart que ce projet nécessitait, car ce projet inclut outre les frais d'assistance pour les malades non hospitalisés une somme additionnelle pour la rémunération des médecins des hôpitaux.<sup>158</sup>

### 3.3.2 Politiques de santé publique

L'intervention de l'État dans le champ de la santé prend une seconde forme, plus directe, à côté des subventions à la charité publique. Pour certains problèmes sanitaires jugés graves, auxquels on reconnaît des facteurs sociaux déterminants, les pouvoirs publics prennent en charge l'organisation de la prévention mais également

---

<sup>157</sup> Ibid., p. 42.

<sup>158</sup> L.-P. Dorval, «Assemblée générale du Conseil de la Fédération», *L'Action médicale*, 14, 10 (1938): p. 392.

de soins médicaux. Sous cette catégorie sont regroupés les sanatoriums antituberculeux, les dispensaires antivénériens, les gouttes de lait municipales<sup>159</sup>, les unités sanitaires de comté et les campagnes de vaccination antidiphtérique d'enfants par le Service d'hygiène provincial. Les médecins praticiens y voient également des empiètements sur le terrain de la médecine libérale. En 1933, on affirme que « [...] l'abondance des Centres et Instituts divers, largement subventionnés, draine chaque jour davantage tuberculeux et syphilitiques vers leurs luxueuses installations. »<sup>160</sup>

La critique des dispensaires antivénériens se double d'un point de vue moraliste. L'amalgame de la maladie et du vice rend d'autant plus intolérable la concurrence déloyale que l'État fait au praticien. En 1926, un médecin dénonce :

Qu'on raisonne, qu'on discute avec les yeux de la science et de la conscience cette question – et je suis d'avis que le gouvernement dégrèvera la province de cette surcharge qui sert à propager la concupiscence, à fausser la santé publique, à donner au concubin, au séducteur, le véhicule nécessaire de « jouir » de l'impureté gratuitement.

L'honneur et le sacerdoce médical nous obligent à désapprouver ces lieux de foire vénérienne.<sup>161</sup>

Ce n'est toutefois pas l'encouragement indirect à l'immoralité qui justifie réellement l'opposition des médecins de famille. Les initiatives de prévention orchestrées par les pouvoirs publics, même « vertueuses », habituent la population à se détourner du praticien privé, à recevoir le soutien de l'État, hors des rapports marchands de la médecine libérale. Le marché du praticien semble se tarir inexorablement, et avec lui son autorité sociale. Alors que sous le régime de

---

<sup>159</sup> Les Gouttes de lait sont d'abord des œuvres sociales de bienfaisance privée instituées sur une base paroissiale, mais la ville de Montréal supplée à la demande, non en subventionnant l'initiative privée, mais par un réseau public parallèle. Là-dessus, voir Denyse Baillargeon, *op. cit.*, (2004).

<sup>160</sup> « Une conférence de l'Association des Médecins de l'Est », *L'Action médicale*, 9, 9 (1933): p. 167.

<sup>161</sup> Jean de la Glèbe, « Les dispensaires antivénériens », *L'Action médicale*, 2, 5 (1926): p. 10.

l'Assistance Publique les frontières entre indigents et clients solvables se brouillent sous l'effet de ce qu'on identifie comme une dysfonction et une corruption du système, les politiques de santé publique sont d'autant plus corrosives pour la médecine libérale qu'elles abolissent ouvertement ces distinctions sociales, qu'elles soustraient de l'équation charité/marché des pans entiers du champ sanitaire. Ainsi en est-il des unités sanitaires :

[...] avec les Unités Sanitaires, le médecin n'intervient que par la déclaration obligatoire des maladies contagieuses ; tout le reste de cette partie importante de sa pratique [hygiène et médecine préventive], tel que visites à domicile, vaccination, série d'injections, examens médicaux, désinfection, etc. lui a été brutalement enlevé. Qui calculera les pertes financières que la profession médicale a subies, de ce fait ? [...]

Son prestige a diminué au moins de 50% ; il n'est plus le seul homme sur lequel on doit compter pour tout ce qui concerne la santé des individus. Il subit le contre-coup de la comparaison entre la médecine de l'État qui est gratuite et la sienne qui est rémunérative.<sup>162</sup>

L'argument est encore plus clair dans cette dénonciation des campagnes d'immunisation formulée en 1938 :

Qu'on immunise les enfants pauvres à titre gracieux et nul d'entre nous n'y trouvera à redire, mais que sous prétexte de solidarité sociale, on immunise tous les enfants sans distinction et sans demander quoi que ce soit aux parents qui pourraient payer, NON. [...]

Il y a quelques années, on lançait une campagne monstre contre la diphtérie à Montréal, on écrivait aux médecins pour leur demander leur coopération, mais en même temps on annonçait à son de trompe que tous les enfants seraient immunisés pour rien dans les cliniques municipales et dans les écoles. Le résultat prévu d'avance, c'est que le public ne fut pas assez sot pour aller voir le médecin de famille.<sup>163</sup>

<sup>162</sup> «Les unités sanitaires de santé», *L'Action médicale*, 10, 4 (1934): p. 292.

<sup>163</sup> Quatre-Vents, «La vie qui passe...», *L'Action médicale*, 14, 6 (1938): p. 322.



Malgré ce défi posé sur certains fronts à la médecine libérale, les pouvoirs publics sont encore bien loin d'assumer la prise en charge du passage à un nouveau paradigme de médecine universelle. Ils sont au contraire prêts à reculer là où un compromis est aménageable avec la pratique privée sans craindre de menacer la santé publique. Ainsi le Service de Santé de Montréal, répondant à la critique des médecins de famille, change-t-il en 1938 sa politique de vaccination en promettant de ne s'occuper que des indigents<sup>164</sup>. Cette crainte d'un programme de prévention à portée universelle montre bien les limites somme toute très libérales des positions réformistes de l'Action médicale, ce dont nous parlerons au prochain chapitre.

### 3.3.3 *Les œuvres de bienfaisance*

On oppose sensiblement les mêmes griefs aux différentes œuvres de bienfaisance qui interviennent dans le domaine de la santé, principalement pour mener la croisade nationale contre la mortalité infantile, comme les Gouttes de lait et l'Assistance maternelle. La chasse gardée de la pratique privée sur la médecine curative n'y est pas respectée, les soins gratuits y font une concurrence déloyale aux honoraires honnêtes du médecin de famille et on y laisse la charité déborder sa sphère d'action légitime, celle du secours aux indigents. « [...] à part les spécialistes, les médecins ne traitent presque plus d'enfants à Montréal, ou plutôt les bébés. Les bébés sont amenés aux Gouttes de Lait en limousine ou en taxis. »<sup>165</sup> L'*Action médicale* rapporte en 1926 une résolution du congrès des médecins de langue française d'Amérique du Nord :

---

<sup>164</sup> Ibid., 9 p. 368.

<sup>165</sup> Dr Henri Dorval, «Conférence», *L'Action médicale*, 2, 6 (1926): p. 3.

Les Gouttes de lait doivent être des lieux de consultation pour troubles digestifs et dystrophiques du nourrisson, et non pas des dispensaires généraux où l'on soigne toutes les maladies des nourrissons, et souvent les maux dont se plaint la mère.

Nous recommandons alors à ceux qui ont la haute main sur ces institutions, de donner le mot d'ordre aux médecins consultants afin qu'ils limitent leur action à diriger l'alimentation infantile et à en corriger les défauts. Lorsque le bébé est malade, on devra le renvoyer au médecin de famille.<sup>166</sup>

En 1938 on accuse l'Assistance maternelle des mêmes maux :

L'Assistance Maternelle a pour but de procurer assistance et confort à la parturiente nécessiteuse et délaissée. Sous le prétexte d'une charité exagérée et d'une sensiblerie exaltée elle s'est apitoyée sur le sort de tous les gagne-petit. C'est une erreur puisqu'en agissant ainsi, on prône l'imprévoyance et la paternité d'état.<sup>167</sup>

### 3.4 La crise et les secours de chômage

L'ampleur du chômage pendant la dépression des années 1930 fait exploser le problème d'insolvabilité des patients. Le chômage involontaire de masse oblige les gouvernements à élargir la catégorie de l'indigence légitime et à instaurer une forme d'assistance inédite, le secours de chômage. Pour les médecins, le chômage représente la disparition d'une vaste proportion de clients rémunérateurs ; le marché médical, comme tous les autres, encaisse une violente contraction. Les secours de chômage ne permettent que le maintien d'un niveau de vie minimal ; nourriture, logement, combustible et vêtements accaparent toutes les ressources disponibles... voire davantage. Les médecins n'y trouvent pas de soulagement à leurs problèmes.

---

<sup>166</sup> «Échos du congrès», *L'Action médicale*, 2, 10 (1926): p. 15.

<sup>167</sup> Lud. Bonin, «Choix de Gouverneurs», *L'Action médicale*, 14, 6 (1938): p. 321

C'est en 1933 que s'amorce une longue lutte pour obtenir une rémunération des soins donnés aux chômeurs. La profession s'organise pour élaborer et revendiquer auprès des autorités un plan en ce sens. À l'initiative des « trois Sociétés Médicales Régionales de Montréal », « sous l'égide de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province »<sup>168</sup>, on tient le 18 octobre 1933 une grande assemblée à l'Université de Montréal pour discuter de la question. Il apparaît important pour les médecins de faire reconnaître que la revendication d'être rémunérés pour les soins aux chômeurs n'implique pas un renoncement à leur devoir de charité envers les indigents traditionnels. L'assemblée de 1933 déclare :

[...] il faut distinguer entre l'indigent réel (qui, lui, pourra toujours compter sur notre bienveillance) et le chômeur qui bénéficie de la part du gouvernement, d'une assistance à laquelle nous avons droit autant pour le moins que le boucher, l'épicier ou le propriétaire.

[...] cette assemblée exige que ceux qui sont chargés de pourvoir aux besoins des chômeurs qu'ils reconnaissant le principe que les médecins ont droit à une rémunération, au moins partielle, pour leurs services d'assistance médicale aux chômeurs.<sup>169</sup>

L'assemblée propose que la Commission du chômage octroie aux médecins un tarif de 1\$ par consultation à domicile et de 0,50\$ par consultation en cabinet et qu'elle garantisse le libre choix du médecin par son patient. David Naylor raconte que de revendications semblables ont été formulées dans plusieurs autres provinces canadiennes à la même époque alors que les médecins étaient partout durement touchés par les contrecoups de la crise. Dès 1933 la ville de Winnipeg consent par exemple à établir un programme d'assistance médicale aux chômeurs dont Montréal s'inspirera plus tard sous la pression du militantisme professionnel médical. Seule la

---

<sup>168</sup> «La commission du chômage de Montréal soumet trois plans relatifs à l'aide médicale aux chômeurs», *L'Action médicale*, 11, 1 (1935): p. 449.

<sup>169</sup> Argus, «Rapport de la grande Assemblée tenue à l'Université de Montréal, le 18 octobre au sujet de l'aide médicale aux chômeurs», *L'Action médicale*, 9, 10 (1933): p. 183.

province ontarienne accepte cependant d'appuyer financièrement les démarches de ses municipalités en ce sens<sup>170</sup>.

Durant les quelques années qui suivent l'assemblée de l'Université de Montréal, un important travail de lobby a lieu sous l'autorité d'un Comité de l'assistance médicale composé de médecins de l'Action médicale et de la Fédération des sociétés médicales, notamment les Drs Lamoureux et Desrochers. On s'adresse à tous les paliers de gouvernement qui se montrent indifférents aux revendications des médecins :

On a opposé mille prétextes : qu'il faudrait amender la loi fédérale du Secours-Direct ; que la province n'avait pas les moyens d'obérer davantage son budget de l'assistance : qu'il y aurait des abus de la part des chômeurs ; que les hôpitaux étaient subventionnés pour secourir les indigents, etc., etc.<sup>171</sup>

Les médecins menacent de faire la grève des soins gratuits aux chômeurs : « En ce qui nous concerne, il n'y a qu'une seule ligne de conduite à suivre : Refuser catégoriquement, à l'hôpital et en pratique privée, de donner des soins professionnels gratuits aux chômeurs malades. »<sup>172</sup>. Le chômeur n'entre pas dans la sphère des responsabilités caritatives traditionnelles de la médecine libérale. Il en représente plutôt la ruine. Il doit être pris en charge par l'État.

En 1935, le comité de l'assistance médicale soumet un nouveau plan qu'il soumet au comité exécutif de la Ville. Cette dernière paierait 0.25\$ par chômeur par mois, somme répartie entre les médecins enregistrés en proportion des services

---

<sup>170</sup> C. David Naylor, *op. cit.*, pp. 64-65.

<sup>171</sup> «Lettre d'un médecin au Président de l'Exécutif de la ville de Montréal», *L'Action médicale*, 10, 6 (1934): p. 334.

<sup>172</sup> Dr. Léopold Lamoureux, «En marge des initiatives professionnelles», *L'Action médicale*, 12, 1 (1936): p. 675.

rendus selon une grille de tarifs déterminée<sup>173</sup>. C'est la nouvelle administration du maire Camillicien Houde qui, en 1936, instaure un comité médical de la Commission de chômage pour administrer le paiement des services médicaux aux chômeurs suivant le plan proposé par le comité d'assistance médicale. Le maire Houde déclare alors :

Je recommande au Comité Exécutif de la Cité de Montréal de pourvoir dans le budget aux sommes nécessaires pour fournir à nos contribuables, qui chôment bien malgré eux, les soins médicaux. Notre classe médicale recevra en outre, de cette façon, un encouragement qu'elle désespérait de pouvoir obtenir, malgré ses sacrifices du passé.<sup>174</sup>

Globalement, le système donne satisfaction aux médecins et des collaborateurs de l'*Action médicale* rappellent régulièrement que, malgré la faiblesse du dédommagement, la nouvelle situation est indéniablement préférable à l'absence totale de rémunération qui prévalait auparavant. Néanmoins, il s'agit bien d'un expédient, et la formule de l'assistance constitue un pis-aller qui répugne à des médecins fondamentalement attachés aux principes de la médecine libérale. C'est ce que suggère la citation suivante, datée de 1938 :

Il est indéniable que l'application de la mesure pourvoyant à l'assistance médicale aux chômeurs a donné lieu à de nombreux abus. Il faudrait être aveugles pour ne pas noter que ce sont toujours les mêmes gens qui reviennent périodiquement souffrant des mêmes bobos [...].

[...] beaucoup de ceux qui fréquentent nos bureaux par le temps qui court, s'en abstiendraient s'ils devaient verser un honoraire pour chaque consultation.<sup>175</sup>

---

<sup>173</sup> «La commission Médicale du Chômage», *L'Action médicale*, 11, 6 (1935): p. 551

<sup>174</sup> Dr Léopold Lamoureux, «L'aide médicale aux chômeurs», *L'Action médicale*, 12, 3 (1936): p. 718.

<sup>175</sup> Quatre-Vents, «La vie qui passe...», *L'Action médicale*, 14, 6 (1938).

En critiquant les abus de l'assistance publique, les médecins témoignent de leur attachement aux principes de la régulation sociale libérale, elle-même garante de la médecine libérale. Ils dénoncent sévèrement les dysfonctionnements du système, mais ne peuvent se résoudre à constater sa faillite structurelle et à envisager un paradigme alternatif permettant de surmonter les contradictions du moment. Pourtant, le constat qu'ils font simultanément de l'insolvabilité croissante des patients contredit la thèse des abus de l'assistance publique : les abus en question semblent plutôt être l'expression d'une pression socio-économique structurelle – que nous avons appelée la misère industrielle, propre aux rapports sociaux capitalistes de l'époque – qui poussent les hôpitaux à secourir sous le signe de la charité une proportion de patients beaucoup plus importante que par le passé.

Certaines analyses remettent indirectement en question l'idée selon laquelle toutes les bourses confondues se ruent à l'hôpital pour profiter des soins gratuits. Elles reconnaissent que la médecine libérale – même subventionnée par l'État –, qui soulage l'indigent d'un côté et soigne le patient riche à l'autre extrémité du spectre social, laisse entre les deux une large zone où croupissent des travailleurs dotés d'un revenu et pourtant incapables d'accéder à des soins de santé, à tout le moins hospitaliers. Cette situation précède la longue dépression des années trente, qui ne fait qu'exacerber le problème. Ainsi dès 1925 on dresse le constat suivant :

Un grand nombre de malades ne peuvent utiliser les services de l'hôpital vu son coût élevé. L'hôpital ne sert réellement qu'à deux classes de la société : le pauvre ou l'assisté et le riche. La première, parce que l'État y pourvoit ou a statué sur son cas, et la seconde, parce qu'elle peut payer.

Mais la classe la plus considérable et, partant, la plus importante, celle qu'on appelle la classe moyenne qui refuse la charité, mais qui ne peut rencontrer toutes les charges du service d'hôpital, est souvent obligée de restreindre les soins qu'elle devrait recevoir parce qu'étant honnête et laborieuse, elle songe aux exigences du foyer et sacrifiera plutôt les soins médicaux pour ne pas faire souffrir les siens.

Le coût actuel du service d'hôpital ne permet aucune réduction qui serait en raison de l'état pécuniaire de ce dernier groupe et c'est déplorable.<sup>176</sup>

On affirme encore en 1928 :

La classe moyenne peut difficilement payer les charges de l'hôpital. Elle refuse la charité, mais n'est pas en mesure de solder, intégralement, le service qui lui est rendu. Il faut donc lui aider.<sup>177</sup>

La situation n'ayant pas changé en 1936, on anticipe avec beaucoup d'inquiétude l'issue possible de cette faillite de la médecine libérale :

[...] le coût toujours croissant des soins médicaux les rend presque inaccessible pour les bourses moyennes. Si les médecins ne s'organisent pas pour satisfaire le public, l'État se verra forcé de se rendre aux objurgations des organisations sociales. La politique s'ingérerait dès lors dans l'organisation médicale et il est tout à craindre que ce serait l'avilissement de la profession.<sup>178</sup>

Ces analyses poussent à s'attaquer directement au problème central de l'insolvabilité des patients, plutôt qu'à simplement tenter d'en contenir les effets déstabilisateurs sur le système d'accès aux soins tel qu'orchestré par la médecine libérale. C'est ce que permettra de conceptualiser le paradigme du risque social et de l'assurance.

---

<sup>176</sup> «Les hôpitaux de Montréal», *L'Action médicale*, 2, 1 (1926): pp. 6-7

<sup>177</sup> «À nos détracteurs», *L'Action médicale*, 4, 7 (1928): p. 146.

<sup>178</sup> Argus, «La vie qui passe...», *L'Action médicale*, 12, 7 (1936): p. 795.

## CHAPITRE IV

### LA MÉDECINE SOUS LE PARADIGME DES ASSURANCES SOCIALES

Au cœur de cette période de crise de la médecine libérale apparaissent les premiers jalons de ce qui est appelé à devenir le nouveau mode d'organisation et de distribution des soins médicaux : les assurances sociales. Cela dit, les années que nous étudions ne donnent lieu à aucune rupture nette, loin s'en faut. En fait, la médecine libérale subsistera encore plusieurs années après la fin de la période à l'étude. Ce qui est néanmoins clairement perceptible dès les années 1930, c'est le décollage d'une progressive transition idéologique vers les assurances sociales, jalonnée par quelques étapes significatives dont nous témoignerons dans le présent chapitre. En effet, la période dans son ensemble marque une profonde évolution de l'attitude des médecins à l'égard de l'avenir de leur profession. Les discours en faveur du respect des principes libéraux d'une part et en faveur d'une réforme de la pratique médicale d'autre part se côtoient et rivalisent pendant presque toute la période. De la fin des années 1920 jusqu'au début des années 1930, le discours médical est dominé par la critique des institutions charitables qui sapent les assises socio-économiques de la médecine libérale. Par la suite, les médecins sont absorbés par la discussion sur le nouveau régime médical susceptible de sauver la profession et de régler le problème d'accès aux soins. On débat alors moins sur le principe que sur les modalités de cette nécessaire restructuration des rapports sociaux dans le champ médical.

Progressivement, on arrive à formuler les intérêts professionnels autrement que dans les termes traditionnels de la médecine libérale. Autrement dit, les intérêts de la profession apparaissent de moins en moins réductibles à la conception orthodoxe de la médecine libérale. Si la socialisation du risque en matière de santé



apparaît de plus en plus inéluctable – tantôt mal nécessaire, tantôt progrès authentique –, il est clair pour les médecins que ce principe ne peut réorganiser la médecine à n'importe quelles conditions. La question brûlante des débats de cette époque est de savoir quels sont les paramètres de l'assurance sociale les plus compatibles avec la préservation du statut social, des privilèges et prérogatives des médecins.

Nous étudierons donc dans ce chapitre l'évolution du discours médical sur la question des assurances sociales, de la résistance sur des bases libérales à la promotion de diverses réformes jugées fidèles aux intérêts médicaux tels que les envisageaient la médecine libérale. Il faut noter que, dans les pages de *l'Action médicale*, les lignes de démarcations idéologiques sont ici moins tranchées que l'étaient les lignes « partisans » de la lutte pour le pouvoir du Collège des médecins. On publie durant toute la période des points de vue qui divergent sur de nombreuses questions importantes. Cependant, il faut constater que, malgré les nuances et le caractère très ouvert du débat, *l'Action médicale* devient, entre 1925 et 1945, une tribune favorable aux assurances sociales.

#### 4.1 Les assurances sociales à l'ordre du jour

Plusieurs facteurs expliquent l'importance croissante du thème des assurances sociales dans le débat public au Québec, en particulier parmi les médecins. D'abord, le caractère international du phénomène. Certes, l'Amérique du Nord est encore peu touchée, mais elle a, dans les différents pays d'Europe où la question sociale est plus politisée, de nombreux exemples nationaux qui sont autant de formules différentes de l'assurance sociale. L'Angleterre, la France et l'Allemagne, principales puissances industrielles du vieux continent, sont les modèles les plus scrutés par les médecins

d'ici, servant tantôt de phares, tantôt de repoussoirs. Mais les pays scandinaves, la Belgique, d'autres encore, voire même l'Union soviétique, sont également étudiés avec attention. Quelle que soit leur opinion, les médecins québécois savent bien que toutes ces expérimentations sociales ne leur sont pas totalement étrangères. Elles représentent autant de futurs possibles.

Les exemples européens apparaissent d'autant plus comme des projections possibles de l'avenir national que la marche apparemment inexorable des assurances sociales marque des progrès significatifs au pays même. Des facteurs politiques nationaux déterminants précipitent le débat de 1930 à 1945. D'une part, Québec procède en 1928 et 1931 à une importante réforme du régime de compensation des accidentés du travail. Il s'agit ni plus ni moins que d'une assurance-maladie, mais circonscrite à un problème spécifique, celui des accidents industriels. Désormais, outre une compensation partielle du salaire, les accidentés ont automatiquement droit à l'assistance médicale<sup>179</sup> qui est financée collectivement par les employeurs, obligatoirement assurés auprès de l'État par l'intermédiaire de la Commission des accidents du travail<sup>180</sup>. Pourquoi un tel précédent, extrêmement précoce en regard de l'évolution du débat sur l'assurance sociale et alors que l'essentiel de la médecine demeure libérale pour encore longtemps ? Pourquoi cette incursion exceptionnelle et circonscrite de l'assurance sociale dans le champ de la médecine ? Selon Katherine Lippel<sup>181</sup>, l'enjeu des accidents du travail a constitué depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle un lieu majeur de cristallisation de l'antagonisme de classes entre patrons et ouvriers. Sa régulation très conflictuelle a poussé les gouvernements québécois, par des transformations successives dont le régime de 1931 est l'aboutissement, à neutraliser un inquiétant foyer potentiel de déstabilisation de la paix sociale par le recours à la

---

<sup>179</sup> Pour les soins reliés à l'accident du travail dont ils ont été victimes.

<sup>180</sup> On étudiera plus loin la réaction des médecins à ce nouveau régime.

<sup>181</sup> Katherine Lippel, *Le droit des accidentés du travail a une indemnité : analyse historique et critique*, Montréal, Thémis, 1986.

technique de l'assurance sociale. L'assistance médicale aux accidentés constituait un aspect nécessaire de ce compromis social et politique. Par ailleurs, les accidentés indemnisés par leurs employeurs cessaient d'être à la charge de l'Assistance publique. Toutefois, l'ensemble de la question de la santé ne se trouvait pas au cœur du conflit de classes entre le travail et le capital. Il n'y avait donc pas la même urgence politique à généraliser cette forme d'administration des soins à l'ensemble du champ médical.

L'absence de telles pressions politiques ne signifie pas pour autant que la question ne se pose pas. Au contraire, la crise économique tend à politiser toutes les questions sociales. C'est ce qui détermine un second jalon politique dans la progression des assurances sociales au Québec : l'institution par le gouvernement libéral de Taschereau d'une commission d'enquête sur les assurances sociales (CAS)<sup>182</sup>. Ce gouvernement, conservateur sur le plan social, n'a pas manifesté de réelle volonté politique de s'engager dans d'autres innovations sociales à la suite de la réforme du régime de compensation des accidents du travail. En collaboration avec le fédéral, il répondra à la crise essentiellement par les expédients improvisés que sont les travaux publics, le secours direct et l'aide aux municipalités, qui sont traditionnellement responsables de l'indigence. Il doit néanmoins donner des gages d'une recherche de solutions, même s'il n'en sort aucune retombée immédiate. Ce sera le rôle de la Commission Montpetit. Instituée en 1930, ses audiences se tiennent au long des années 1931 et 1932. Notons seulement pour l'instant qu'elle sera l'occasion pour les médecins de développer collectivement des positions sur l'assurance sociale. La Fédération des associations médicales, représentée par le Dr L.-P. Dorval, y déposera un mémoire sur la question<sup>183</sup>.

---

<sup>182</sup> Il s'agit notamment d'une demande de la Confédération des travailleurs catholiques du Canada.

<sup>183</sup> «Memorandum de la "Fédération" sur les assurances sociales», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932): pp. 400-401.

Le reste des années trente ne donne pas lieu à d'autres initiatives gouvernementales sur le front de la santé. Les années de guerre, par contre, marquent un élan accéléré et très concret sur la voie des assurances sociales. À la suite du régime d'assurance-chômage instauré par le gouvernement de Mackenzie King en 1940 grâce à un amendement constitutionnel, celui-ci se lance dans l'élaboration d'un plan global de sécurité sociale pour le Canada de l'après-guerre. L'assurance santé doit en être une pièce centrale<sup>184</sup>. Le ministre des pensions annonce dès 1939 son intention d'instaurer un tel régime avec la collaboration des municipalités et des provinces : « Tous les citoyens ont le droit d'être protégés contre la maladie comme ils ont celui d'être protégés par la police. »<sup>185</sup> Un avant-projet de loi est publié en 1943. Au palier provincial aussi, sous la gouverne du Premier ministre Godbout, on se met plus sérieusement que jamais à l'heure des assurances sociales. En 1942, une commission d'enquête sur l'hospitalisation en fait la recommandation, tandis qu'en 1943-1944 une autre travaille à élaborer une loi d'assurance-maladie. Cet élan réformiste est cependant freiné par le retour au pouvoir de l'Union nationale de Maurice Duplessis en 1944. En décembre de la même année, le nouveau Premier ministre abolit la commission avant qu'elle n'ait terminé ses travaux.

#### 4.2 Résistances libérales aux assurances sociales

La première réaction des médecins de l'Action médicale face à la perspective des assurances sociales est extrêmement défensive, voire réactionnaire. Dans le prolongement idéologique de la dénonciation des empiètements intempestifs de la charité publique, elle consiste en un rejet s'appuyant sur l'orthodoxie libérale. La

---

<sup>184</sup> David Naylor, *op. cit.*, raconte l'histoire de ce processus législatif avorté.

<sup>185</sup> «L'Association Nationale de Bénéfices Mutuels», *L'Action médicale*, 15, 11 (1939): p. 211

lutte contre une éventuelle loi des assurances sociales figure d'ailleurs au programme de 1929 de l'Action médicale<sup>186</sup>.

Pour bien des praticiens, l'assurance sociale est synonyme d'une perte d'indépendance et de prestige pour le médecin puisqu'elle charrie le triple spectre du fonctionnariat, du salariat et de la bureaucratisation. C'est l'antithèse même des paramètres de la profession libérale, ce qui signifie forcément un déclassement, une déchéance sociale. Face à cette menace, les médecins manifestent une fierté indignée qui témoigne d'une conscience aiguisée de leur rang social.

[...] le premier bien de notre vie - notre indépendance - est en danger.

Nous étions jusqu'ici des hommes libres, dont la vie si souvent pénible était adoucie par l'autorité morale dont nous jouissions. [...] On prétend aujourd'hui faire de nous le domestique sanitaire de la démocratie. Il n'est guère plaisant d'être le domestique des Grands, mais celui des foules est plus à plaindre.<sup>187</sup>

[...] nous sommes une classe d'élite, la plus respectable, indispensable à l'humanité [...].

L'assurance sociale, ou l'exploitation médicale, nous n'en voulons pas.<sup>188</sup>

Derrière cette fierté humiliée des médecins québécois se profile une angoisse petite-bourgeoise caractéristique, celle d'être avalés à leur tour, à l'instar des anciens producteurs indépendants – artisans, cultivateurs, boutiquiers – dans les filets de l'organisation industrielle de la société moderne et de devenir de simples travailleurs aliénés : « L'État tend à faire de l'homme un rouage sans âme d'une immense

---

<sup>186</sup> «Procès-verbal», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929): p. 243.

<sup>187</sup> J. M. E. Prévost, «Le mirage des assurances sociales. Tout à perdre. Rien à gagner», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930): p. 178.

<sup>188</sup> Dr A. J. Boisvert, «Debout les morts», *L'Action médicale*, 5, 8 (1929): p. 173.

machine. »<sup>189</sup> Le médecin craint de devenir étranger à son propre travail, prolétaire de la médecine en quelque sorte. Sa pratique sera réduite à un travail à la chaîne dont découlera une baisse de la qualité des soins : « Dans les caisses [d'assurance], l'ouvrier est traité rudement, sans politesse et sans considération. Les diagnostics se font à la hâte, donc, ils sont souvent erronés. »<sup>190</sup>

Le fonctionnariat médical, en tuant la relation personnelle entre médecin et patient, introduit le règne de l'irresponsabilité générale du médecin et de l'appareil bureaucratique face au patient<sup>191</sup>. C'est la disparition des valeurs caractéristiques de la médecine en tant que profession libérale : dévouement, sacrifice, désintéressement, compétence, conscience professionnelle, dont la source est un travail libre et indépendant : « [...] fonctionnarisation est synonyme d'indifférence, d'apathie, d'incompétence. »<sup>192</sup> Ainsi, dans une fable d'anticipation pessimiste, un médecin imagine en 1935 les résultats du triomphe de la médecine d'État, qu'il envisage pour les années 1940-50 : « Morte la conscience du médecin ! Le populo allait s'apercevoir que des mercenaires perdent leurs qualités de médecins surtout quand on se contente de leur octroyer une maigre pitance tous les mois ! »<sup>193</sup>

La bureaucratisation apparaît également aux praticiens privés comme un facteur de décadence de la profession. Les soins et le perfectionnement scientifique semblent devoir être grugés par les tâches administratives et la paperasse bureaucratique : « Un bon fonctionnaire ne doit pas penser : le temps que nous donnions à l'étude, nous l'emploierons à rédiger, en double ou quadruple exemplaire,

---

<sup>189</sup> J. M. E. Prévost, «Le mirage des assurances sociales. Tout à perdre. Rien à gagner», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930): p. 178.

<sup>190</sup> «Procès-verbal», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929): p. 243.

<sup>191</sup> «Les conséquences médicales du fonctionnement de la loi allemande des assurances sociales», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929): pp. 248-249.

<sup>192</sup> Bernard Saint-Pol, «Sombres jours pour les médecins», *L'Action médicale*, 10, 2 (1934): p. 251

<sup>193</sup> Adrien Plouffe, «Scènes de la vie médicale», *L'Action médicale*, 11, 12 (1935): p. 659.

les innombrables paperasses [...]. Nous serons aussi promus policiers chargés de découvrir les assurés qui trichent. »<sup>194</sup>

S'ils doivent être rémunérés comme des salariés, il semble que les médecins soient voués à partager la condition socio-économique des ouvriers. Qui dit salaire, apparemment, dit bas salaire :

Ce qui veut dire pour nous médecins, la ruine complète, et l'obligation pour gagner notre vie, d'être des salariés de l'État à vingt ou trente dollars par semaine, et avec un district à soigner pendant 24 heures par jour, et si vous refusez, un confrère plus jeune s'empressera d'accepter, et nous aurons ce triste spectacle que Londres nous offre : des médecins, être débardeurs pour gagner leur vie.<sup>195</sup>

Les médecins les plus compétents resteront donc en médecine privée pour s'assurer les meilleurs revenus auprès des patients fortunés. Les assurances sociales deviendront le repère de praticiens plus ou moins médiocres, seuls disponibles aux plus pauvres<sup>196</sup>.

En combattant les assurances sociales, les médecins affirment défendre davantage que des intérêts professionnels. Le patient n'aurait rien à gagner du sacrifice de la médecine libérale. Au contraire, il en serait perdant. La menace qu'agitent les praticiens, c'est celle de la démoralisation des patients. En 1930, à l'occasion de la nomination des membres de la CAS, un médecin-journaliste de l'*Action médicale* parle « [d']un projet [...] lourd de conséquences sociales [...] que l'expérience des autres pays a démontré être un puissant facteur de démoralisation

---

<sup>194</sup> J. M. E. Prévost, «Le mirage des assurances sociales. Tout à perdre. Rien à gagner», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930): p. 178.

<sup>195</sup> Dr A. J. Boisvert, «Debout les morts», *L'Action médicale*, 5, 8 (1929): p. 173.

<sup>196</sup> Dr Georges Weiss, «Les dangers de l'assurance sociale contre la maladie», *L'Action médicale*, 6, 3 (1930): p. 48.

autant pour le peuple qu'elle prétend protéger que pour la profession. »<sup>197</sup> L'assurance sociale implique l'érosion du lien de confiance propre à la relation personnelle entre le patient et son médecin, facteur indispensable de guérison : « L'assurance en maladie étouffe l'énergie, favorise la mollesse du corps et de l'esprit et conduit à une éternisation de la maladie. »<sup>198</sup> Le fait d'être dispensé de la responsabilité de pourvoir soi-même à ses besoins médicaux encourage l'oisiveté des patients et constitue une perte d'incitatif à la guérison : « Le désir de revenir à la santé est dépassé, chez le malade, et est étouffé par celui d'obtenir une rente. La véritable maladie devient en peu de temps une maladie de l'esprit, de la volonté [...]. Tous n'ont qu'un but, la rente, la rente et rien que la rente ! »<sup>199</sup> La maladie pensionnée est un refuge contre le travail et l'effort, donc un obstacle à la guérison : « L'assurance-maladie paralyse la volonté de se bien porter. »<sup>200</sup>

Au-delà de la santé, c'est l'ensemble de l'ordre moral libéral, le ciment idéologique de la société, qui est mis en péril. On risque de miner les valeurs fondamentales que sont travail, prévoyance, responsabilité individuelle et honnêteté. En 1932, le Dr Mireault prétend que :

Les Assurances Sociales comportent un danger économique qu'il ne faut pas oublier : en supprimant la crainte du lendemain, elles deviennent l'ennemi de la petite épargne ; danger qui s'aggrave par la tendance du commerce à favoriser les achats à crédit. [...]

Toutes ces institutions, privées ou de l'État, comportent une idée d'assistance sociale, qui, à la longue, devient insupportable au travailleur, qui entend recevoir de son travail toutes les garanties de l'existence, sans que sa dignité d'homme en souffre.<sup>201</sup>

<sup>197</sup> Argus, «On semble vouloir nous ignorer. Saurons-nous nous défendre», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930): p. 179.

<sup>198</sup> «Les faits et les méfaits des assurances sociales», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929): p. 245.

<sup>199</sup> Ibid.

<sup>200</sup> Ibid., p. 246.

<sup>201</sup> Dr J.-A. Mireault, «Prévoyance et Assurances sociales», *L'Action médicale*, 8, 7 (1932): p. 348.



Tous les types d'assurance semblent mener à la même décadence sociale. Par exemple, l'assurance-vie encourage les veuves indemnisées à vivre en concubinage, « effet anti-social » parmi d'autres : « 1- L'assurance-accident tue la volonté de travailler. 2- L'assurance-maladie paralyse la volonté de se bien porter. 3- L'assurance-vieillesse détruit l'esprit d'épargne chez un peuple. »<sup>202</sup> Pire encore, les assurés sont objectivement encouragés à la malhonnêteté, à la fraude, pour tirer le maximum d'indemnités, comme l'affirme en 1929 un collaborateur européen :

Une fois admises à bénéficier des assurances sociales, les classes moyennes ont cessé en cette matière de regarder la fraude comme un acte coupable [...].

Ce n'est point à la guérison mais à la corruption et à la ruine morales que les assurances sociales conduisent un peuple.[...] Il n'y a qu'une chose à faire : reconnaître que les assurances sociales constituent une erreur et cesser d'en étendre le bénéfice à d'autres classes sociales.<sup>203</sup>

Ce raisonnement, poussé à ses extrêmes conséquences, se conclut sans surprise par l'accusation la plus irrémissible du point de vue de l'ordre établi : la subversion sous ses formes les plus radicales. L'éditorial de janvier 1930 en formule la mise en garde :

C'est placer au niveau de la haute culture la paresse et par là le vice, ce destructeur inévitable de la morale et de la société si l'on considère l'histoire universelle. Assurances sociales veut dire : abus de confiance, aspiration à la rente sans travail, inertie sociale et bientôt ce qui s'ensuit chez une partie de la société avachie et abrutie : le soviétisme, le communisme, le socialisme et l'anarchie.<sup>204</sup>

---

<sup>202</sup> «Les faits et les méfaits des assurances sociales», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929): p. 246.

<sup>203</sup> «Un article du Dr E Liek», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929): p. 253.

<sup>204</sup> «Les faits et méfaits des assurances sociales», *L'Action médicale*, 6, 1 (1930): p. 9.

L'attitude élitiste du Collège des médecins devant les travaux de la Commission Montpetit traduit bien cette méfiance envers les classes populaires. Face aux revendications ouvrières en faveur des assurances sociales, il préfère ne pas alimenter le débat démocratique pour éviter d'attiser les antagonismes sociaux :

Nous avons cru qu'il était dangereux d'amorcer entre des différentes classes de la société des discussions et des oppositions où le nombre est sûr de l'emporter. [...] Avec l'espoir que nous avons, sinon empêché complètement la loi d'être considérée un jour, au moins ajourné sa discussion à des périodes assez éloignées pour que les expériences tentées en d'autres pays aient donné des résultats tels que nos Législateurs ne croient jamais devoir entrer dans cette voie, qui pour nous EST FAUSSE EN PRINCIPE.<sup>205</sup>

En somme, devant la perspective des assurances sociales, les médecins prennent d'abord résolument le parti du maintien de la régulation sociale libérale : « Il est grandement à désirer que les ouvriers restent ce qu'ils sont ici, des citoyens libres, capables d'assumer eux-mêmes la charge des soins nécessités par la maladie, l'accident et la vieillesse. Qu'ils soient toujours libres de consulter un médecin de leur choix. »<sup>206</sup> L'État, de son côté, devrait se restreindre à des politiques d'hygiène, s'attarder à éradiquer les causes de la maladie et laisser la médecine curative au praticien : « [...] voilà ce qui améliorera la santé publique et réduira la mortalité, c'est ce que l'assurance en maladie ne donnera jamais. »<sup>207</sup> « Prévenir la fatigue vaut bien mieux, pour la protection de l'ouvrier, que l'établissement de toutes les assurances sociales. [...] Assurer l'ouvrier contre ces causes, voilà de l'assurance bien comprise. »<sup>208</sup>

---

<sup>205</sup> «Le Procès-Verbal. Petit inventaire des perles qu'il contient», *L'Action médicale*, 8, 2 (1932): p. 249.

<sup>206</sup> «Les faits et les méfaits des assurances sociales», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929): p. 246.

<sup>207</sup> Ibid., p. 245.

<sup>208</sup> «Responsabilité du gouvernement en rapport avec la protection des ouvriers», *L'Action médicale*, 6, 2 (1930): p. 25.

#### 4.3 Le précédent de la Loi des accidents du travail

À la lumière de ce qu'on vient de dire, le cas de la loi des accidents du travail pose problème. Au premier abord, à tout le moins, la position des médecins sur cette question surprend. En effet, à la même époque où les médecins de l'Action médicale agitent simultanément le spectre du socialisme et de la dégénérescence nationale lorsque vient le temps de parler des assurances sociales en général, ils défendent néanmoins – en chœur avec les organisations ouvrières – l'assistance médicale financée par l'assurance collective en matière d'accidents du travail. Dans ce dossier, ils pourfendent la collusion des intérêts égoïstes et parasites des patrons, compagnies d'assurance et avocats<sup>209</sup> et appellent à l'intervention désintéressée de l'État à la défense de l'accidenté et du praticien. Qui plus est, le régime d'assurance sociale destiné aux accidentés ne doit pas même être contributif. C'est un accroc notable au principe libéral de la responsabilisation individuelle. La loi des accidents du travail met donc en relief un double discours, ou du moins un discours à géométrie variable de la part des médecins. Pourquoi, ici, la bureaucratie ne menace-t-elle pas d'étouffer l'indépendance du praticien ? Pourquoi le travailleur n'a-t-il pas à craindre l'effet démoralisateur d'une promesse d'indemnisation en cas d'accident ?

Ce double discours vient probablement du fait que, directement coincés entre les intérêts contradictoires des patrons et des ouvriers, les médecins se sont sentis otages d'un conflit social qui les dépassait. L'État leur est plus facilement apparu un arbitre pouvant leur éviter d'en faire les frais. Dans la pratique générale, cependant, où les médecins ne sont pas de la même façon confrontés à un conflit entre des groupes sociaux collectivement organisés et s'affrontant devant les tribunaux, mais font plutôt face à des patients individualisés face auxquels ils se sentent en autorité,

---

<sup>209</sup> «Les assurances lancent leur ballon», *L'Action médicale*, 5, 5 (1929): p. 101

ils se sont plus longtemps braqués sur la défense de leur droit de faire librement commerce de leur art.

Ce cloisonnement idéologique ne tiendra toutefois pas longtemps, et on peut légitimement considérer la Loi des accidents du travail comme le cheval de Troie des Assurances Sociales dans la forteresse idéologique de la médecine libérale. D'une part, cette loi repose sur une évolution du droit dans lequel on introduit d'abord, en 1909, le principe du risque professionnel et son corollaire, la responsabilité automatique des patrons, afin de contourner les limites du droit civil, qui ne connaît que des responsabilités individuelles établies d'après une preuve dans le cadre d'un procès. Les lois de 1928 et de 1931 viendront compléter ce nouveau dispositif de droit social en obligeant chaque entreprise à couvrir ses risques auprès d'un assureur, puis en instituant une caisse d'assurance publique face à laquelle les patrons sont collectivement responsables des indemnisations des accidentés. Il est clair que cette évolution du droit sous la pression des transformations sociales constitue un puissant facteur de diffusion du paradigme des assurances sociales. Elle donne un exemple concret de son application et de sa viabilité et suggère la possibilité d'un transfert du principe à d'autres situations à l'origine moins ostensiblement conflictuelles, mais néanmoins socialement déstabilisantes. En 1938, dans son discours d'investiture présidentielle, le Dr Desrochers cite l'analyse d'un collègue :

La société aussi a changé, c'est pourquoi il nous faut faire le point : nous adapter au progrès moderne lequel ne s'accommode plus seulement des individus, mais des groupes. Ce changement, du reste, ne s'est pas opéré en médecine seulement.

« Le droit contemporain, dit le Dr. Eylaud, par une évolution nécessaire, étant donné les transformations de la structure sociale et de la vie économique en particulier, s'oriente de plus en plus vers la reconnaissance d'une responsabilité collective.

On a déjà substitué en fait la responsabilité collective des patrons à celle de l'ouvrier victime d'un accident du travail, qui autrefois était imputé originellement à sa négligence et l'on tend à considérer tous les risques industriels y compris le chômage involontaire, comme imputable au défaut d'organisation patronale ou socio-économique. Il est donc inévitable que l'on attribue à une mauvaise organisation sociale le paupérisme et ses conséquences, la morbidité générale et ses effets, de telle sorte qu'à une imputabilité aussi large corresponde une obligation générale d'organiser effectivement la sécurité de tous ».<sup>210</sup>

D'autre part, la lucrative perspective d'accéder à des revenus réguliers assurés par l'État apporte une réponse directe au problème central de la pratique libérale en crise, c'est-à-dire la difficulté de tirer des honoraires de patients trop pauvres. Pour s'assurer de surmonter la contradiction d'intérêt entre médecins et patients, l'Action médicale se montre d'ailleurs favorable au principe du tiers payant, c'est-à-dire au paiement de l'indemnité médicale par la caisse d'assurance directement au médecin plutôt qu'à l'accidenté<sup>211</sup>. L'intérêt pour une nouvelle source de revenu garantie est exprimé on ne peut plus clairement en 1928 par deux médecins représentants de l'Association canadienne de médecine industrielle :

Comme la nouvelle loi sur les Accidents du Travail doit entrer en vigueur dès le premier septembre prochain, il suffira de signaler l'urgence qu'il y a de hâter notre préparation afin de pouvoir faire face à la situation d'autant plus intéressante qu'elle sera grandement rémunératrice. C'est en effet par millions, qu'il faut calculer les sommes d'argent que les Compagnies seront appelées à verser pour les soins médicaux qui seront donnés aux blessés du travail.

[...] [le praticien], s'il sait se conformer aux exigences de la Loi, s'il est bien renseigné sur le traitement à opérer et sur les conséquences éloignées des blessures, tirera de cette source un bénéfice important et sûr, parce que garanti par la Commission du travail.

<sup>210</sup> «La profession médicale fête son président», *L'Action médicale*, 14, 11 (1938): p. 404.

<sup>211</sup> «La loi des accidents du travail - Ce que nous promet M. Taschereau», *L'Action médicale*, 7, 1 (1931): pp. 4-6.

[...] nous augmentons à la foi [sic] le bagage de nos connaissances et la somme de nos honoraires.

[...] il importe que chacun fasse l'effort qu'il convient pour se montrer à la hauteur de la tâche à accomplir et pour retirer sa part légitime du gâteau qu'offre à la profession médicale, l'application de la nouvelle Loi des Accidents du Travail du Québec.<sup>212</sup>

Instituée en 1931, la Commission des accidents du travail, qui administre la caisse d'assurance publique, constitue un important précédent pavant la voie à l'assurance-maladie. Il s'agit notamment d'une première expérience de rapports systématiques de la profession avec une bureaucratie d'État. Ce sont, il est vrai, des rapports parfois difficiles. Il existe par exemple en permanence un conflit latent sur le niveau du tarif médical déterminé par la commission. On l'accuse de partialité, de sacrifier la rémunération des médecins au profit des intérêts des industriels à qui l'on veut garantir des primes peu élevées sous prétexte de compétitivité<sup>213</sup>. Les années trente voient également se dérouler une longue lutte pour la reconnaissance du principe du libre choix du médecin par le patient, principe sacré de la médecine libérale qu'on ne voudra pas sacrifier aux assurances sociales. Dans la loi de 1931, la liberté du choix du médecin est accordée sous la pression des lobbies médical et ouvrier<sup>214</sup>.

L'accidenté a donc le libre choix de son médecin... C'est un avantage pour l'accidenté et pour les praticiens. Chacun tient à confier ce qu'il a de plus précieux, sa santé à un homme dont la sympathie accroît les chances de guérison et les praticiens de leur côté, gardent une clientèle qui leur revient de plein droit.<sup>215</sup>

---

<sup>212</sup> Dr Wilfrid Derome et Dr A. Bellerose, «Association canadienne de médecine industrielle», *L'Action médicale*, 4, 8 (1928): p. 170.

<sup>213</sup> «Modification de la loi des accidents du travail», *L'Action médicale*, 12, 3 (1936): pp. 720-722.

<sup>214</sup> Testis, «Un nouveau succès de l'Action médicale - Celle-ci fait triompher le principe de la liberté du choix du médecin», *L'Action médicale*, 7, 4 (1931): pp. 62-63.

<sup>215</sup> «La nouvelle loi des accidents du travail», *L'Action médicale*, 7, 9 (1931): p. 150.

Il est clair pour l'Action médicale que l'enjeu dépasse cette seule loi : « Cette clause a une importance majeure, car elle crée un précédent pour la loi des Assurances Sociales qui s'en vient [...]. Nous avons tout lieu d'espérer que dans cette loi des Assurances Sociales, l'assuré aura aussi le libre choix de Son Médecin. »<sup>216</sup> Le principe du libre choix est une position libérale fondamentale en ce qu'il est nécessaire à l'autonomie professionnelle que les médecins cherchent à préserver dans le cadre des assurances sociales. Il préserve un caractère essentiellement privé aux rapports entre malades et praticiens, à l'abri de l'ingérence de tout autre intermédiaire administratif. Les difficultés financières des premières années de fonctionnement de la CAT sont toutefois attribuées – à tort selon l'Action médicale – à cette clause de la liberté de choix, qui est retirée de la loi en 1933 par le gouvernement Taschereau<sup>217</sup>. Ce n'est qu'à la faveur de l'arrivée au pouvoir de Duplessis, en 1936, et à la suite de biens des récriminations des médecins, que le libre choix est rétabli<sup>218</sup>. Malgré ces relations difficiles avec la CAT, jamais les médecins ne souhaiteront revenir aux temps de la gestion du problème des accidents du travail par les tribunaux et les assureurs privés. C'est ce que dit clairement un médecin en 1944, en soulignant par ailleurs que le bilan de près de 15 ans de ce régime témoigne de ce que les médecins ont à espérer de l'assurance sociale :

[...] la Loi des Accidents du Travail [...] comporte évidemment des avantages et des désavantages, quoique, de toute évidence, les avantages l'emportent de beaucoup sur les rares désavantages. Or pour ce qui est de l'assurance maladie, il en va de cette Loi comme de celle des Accidents du Travail ; dans les deux cas, le patient est par elle, assuré d'un traitement convenable et rapide ; le médecin est assuré, lui, d'honoraires qui ne sont peut-être pas généreux, mais qui sont certains.<sup>219</sup>

<sup>216</sup> Dr J.-E. Laberge, «Protection de la profession médicale», *L'Action médicale*, 7, 12 (1931): p. 214.

<sup>217</sup> J.-P. Lafrenière, «Offensive contre la liberté du choix du médecin. Raisons spécieuses», *L'Action médicale*, 9, 2 (1933): pp. 21-22.

<sup>218</sup> L. B., «Le libre choix du médecin est-il une bonne mesure ?», *L'Action médicale*, 12, 11 (1936): pp. 865-866.

<sup>219</sup> «Étude sur l'assurance-maladie», *L'Action médicale*, 20, 1 (1944): p. 18.

#### 4.4 Un nouveau paradigme de la responsabilité : la socialisation du risque

« Le médecin ne peut plus considérer son patient comme un simple individu, il doit savoir que derrière lui, il y a la collectivité ; le médecin ne peut non plus considérer son patient comme une simple personne, derrière lui il y [a] la société. »<sup>220</sup> Ces mots sont prononcés en 1938 par le Dr Desrochers dans un discours-programme quelques mois avant son accession à la présidence du Collège des médecins. Ils témoignent très certainement d'une profonde évolution de la conception des rapports sociaux dans le champ de la médecine entre le début et la fin de la décennie ; évolution d'autant plus significative qu'elle s'est opérée au sein même de la profession médicale et qu'elle est exprimée par ses porte-parole parmi les plus autorisés. La pratique médicale n'engage plus seulement des individus indépendants dans un rapport privé, praticien et patient. D'une certaine façon, elle met en rapport dans chacun de ses actes toute une collectivité. Ce changement de perspective, préalable idéologique à l'instauration des assurances sociales, correspond au passage du paradigme libéral de la régulation sociale à celui qu'à la suite de François Ewald nous appelons la socialisation du risque.

La réflexion sociologique derrière cette notion postule que la société moderne a connu des transformations structurelles irréversibles qui entraînent et ordonnent avec elles l'ensemble des activités sociales, l'ensemble des relations humaines. La médecine n'y fait pas exception. On ne peut simplement l'envisager en fonction d'un modèle idéal obéissant à ses propres principes, à une cohérence intrinsèque ; il s'agit de la faire correspondre à sa société. Or dans une société où la tendance lourde est à la socialisation des activités – activités qui mobilisent des masses d'individus

---

<sup>220</sup> Dr J.-E. Desrochers, «Discours Programme», *L'Action médicale*, 14, 6 (1938): p. 318.



organisés et coordonnés à l'échelle de la société – il est dans l'ordre des choses que la médecine accède également à une mesure de socialisation.

Cette forme d'historicisation de la médecine (comprise comme évoluant en phase avec les conditions historiques) est très sensible dans le point de vue d'un médecin américain publié en 1931 dans l'*Action médicale* :

Les États-Unis, après avoir enfin terminé la période de croissance, doivent assumer l'état de stabilité qui caractérise les nations plus vieilles. Comme celles-ci, les États-Unis doivent se socialiser de plus en plus.[...]

C'est à ces directives inhérentes au progrès de la civilisation que l'on doit attribuer la socialisation de plus en plus prononcée de la médecine.<sup>221</sup>

Cet argument prend le contre-pied de l'idée que bien des penseurs sociaux et politiciens conservateurs ont longtemps professé selon laquelle les États-Unis et le Canada jouissaient de conditions exceptionnelles les mettant à l'abri des dangereuses expériences sociales des vieux pays d'Europe<sup>222</sup>.

En 1936, l'*Action médicale* reproduit les propos de l'écrivain Alfred Desrochers exprimés dans la revue *Idées*. À sa manière, il affirme aussi la prééminence des conditions historiques, socio-économiques, sur les principes immuables de la médecine libérale.

Le médecin individualiste d'aujourd'hui défend ses positions au nom d'une philosophie dont l'effectivité n'existe plus. Ses arguments sont absolument les mêmes que ceux qui tenaient les riverains de la voie publique responsables de

---

<sup>221</sup> «La médecine d'État. Les raisons qui me l'ont fait proposer», *L'Action médicale*, 7, 11 (1931): p. 191.

<sup>222</sup> Au Québec, l'économiste Esdras Minville, parmi d'autres, représente un avatar de cette pensée conservatrice. Il considère le caractère national canadien-français comme foncièrement étranger au type de régulation sociale auquel correspondent les assurances sociales.

l'entretien de cette même voie vis-à-vis de leur propriété. Le monde a marché, depuis ce temps, et sur des routes qui appartiennent à tout le monde. [...]

La médecine d'état est le corollaire fatal des transformations sociales du dernier siècle. [...] On a élaboré le serment d'esculape et l'éthique professionnelle au temps de la féodalité.<sup>223</sup>

Les positions de cet écrivain, qui ne font pas de nuances entre socialisation et étatisation, bousculent un peu trop la profession. Elles lui vaudront d'être qualifié de « fervent du collectivisme ou communisme si du moins ses opinions dans les diverses sphères de la communauté correspondent à celles qu'il manifeste sur la médecine. »

<sup>224</sup> Mais ce différend sur la question de l'étatisation de la médecine ne doit pas faire ombrage au consensus progressivement dégagé : la médecine purement libérale correspond à des conditions sociales révolues.

Ce qui précisément se dégage comme consensus dans la condamnation de la médecine libérale, c'est donc la notion de la socialisation des risques, c'est-à-dire l'idée selon laquelle il est néfaste de laisser individuellement chaque patient devant la responsabilité d'assumer le coût de sa maladie ou de sa blessure, que le risque d'affronter un tel fardeau doit être réparti sur un ensemble de personnes qui y sont exposés afin d'alléger les conséquences individuelles de sa réalisation. Le Dr Desrochers en témoigne, toujours en 1938, cette fois dans son premier discours en tant que président du Collège :

[...] nous sommes à une phase de transition, et de nombreux médecins conscients de leur rôle social, sentent la nécessité d'un remaniement profond. Le médecin, de plus en plus nettement intégré dans la vie sociale, doit accorder ses attitudes au rythme de cette vie. [...]

---

<sup>223</sup> Alfred Desrochers, « L'envers d'un conte », *L'Action médicale*, 12, 3 (1936) : pp. 723-724.

<sup>224</sup> Louis Roux, « Ces chiens de médecins », *L'Action médicale*, 12, 3 (1936) : p. 724.

Un premier fait à constater c'est la tendance actuelle d'organiser les groupes humains en vue d'augmenter leur puissance de réalisation et rendre plus accessible à chacun les avantages jusque-là réservés aux privilégiés de la fortune.

La santé est l'un de ces biens et le plus important. Elle est même considérée comme un des droits de l'homme, auxquels la société moderne est obligée de satisfaire ? [sic] C'est pourquoi l'on voit actuellement les associations se multiplier pour assurer à leurs adhérents, dans certains cas, le traitement gratuit des maladies, et dans d'autres cas, certaines variétés de soins moyennant des contributions mensuelles.<sup>225</sup>

Le paradigme de la socialisation du risque maladie consiste en fait en un nouveau regard sur le problème – insoluble dans le cadre du paradigme libéral – de l'insolvabilité des patients. Il permet de surmonter les contradictions les plus graves dans lesquelles était enlisée la médecine libérale en cherchant des remèdes à ses difficultés. En 1930, déjà, un médecin faisait l'aveu précoce suivant : « On ne peut nier, en effet, que l'ouvrier, même gagnant bien sa vie, et nanti de quelques économies, sera ruiné par une maladie de plusieurs semaines [...]. [...] pour le soutien de famille c'est la misère assurée. »<sup>226</sup> La clé se trouve dans une compréhension des contraintes structurelles à l'épargne et à la prévoyance chez la classe ouvrière. Dès 1932, le Dr Desrochers en parle comme suit :

L'industrialisme et le machinisme ont augmenté sérieusement les risques de morbidité. L'esprit d'économie et les conditions socio-économique [sic] ne permettent bien souvent aucune épargne aucune prévoyance effective.

[...] la prévoyance de tous deviendra le salut commun. « C'est là, dit le Dr Eylan, qu'apparaît la nécessité d'un fondement sociologique des assurances sociales ». <sup>227</sup>

---

<sup>225</sup> «La profession médicale fête son président», *L'Action médicale*, 14, 11 (1938): pp. 403-404.

<sup>226</sup> Dr André Finot, «Les assurances sociales», *L'Action médicale*, 6, 11 (1930): p. 194.

<sup>227</sup> Dr J.-E. Desrochers, «Le secret professionnel et les assurances sociales», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932): p. 381.

On publie dans le même numéro le mémoire de la Fédération des associations médicales de districts déposé devant la Commission des Assurances Sociales. On constate que son analyse des conditions socio-économiques l'amène déjà à prendre ses distances face à l'orthodoxie libérale :

L'épargne individuelle représente la réserve de forces actives, elle est le témoin d'un travail productif, elle comporte une dignité morale et une indépendance relative qui ne peut être que l'apanage des plus prévoyants. Mais la prévoyance de l'individu est insuffisante à parer aux risques communs et à assurer le bien-être et la sécurité de la société. [...]

Dans une société semi-industrielle, le nombre des salariés incapables de faire des économies suffisantes pour parer aux risques d'infirmité ou de maladie passagère ou prolongée, est très considérable.<sup>228</sup>

En 1939, sa position est encore plus claire :

L'harmonie entre toutes les forces productives de richesse est nécessaire à l'équilibre social. [Il reprend ses propres mots] Dans une société semi-industrialisée, le nombre de salariés incapables de faire des économies suffisantes pour parer aux risques d'infirmité de maladie passagère ou prolongée, est très considérable. Il s'ensuit un malaise qui conduit à la désintégration sociale et trouble l'harmonie de la vie économique, car tout homme malade ou invalide, s'il n'est assuré contre les redoutables conséquences de son inactivité, est la proie des anxiétés déprimantes et est enclin au pessimisme qui engendre le désordre. De plus, son abstention au travail désorganise et sème le trouble dans le milieu social où il travaille. Il résulte de cette interdépendance collective, que le principe de la solidarité générale doit s'affirmer par des moyens propres à la rendre effective, afin de procurer à tous un minimum de sécurité – facteur essentiel de paix sociale. Nous venons d'exposer selon notre point de vue, le fondement des assurances sociales.<sup>229</sup>

---

<sup>228</sup> «Memorandum de la "Fédération" sur les assurances sociales», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932): p. 400.

<sup>229</sup> «L'Association Nationale de Bénéfices Mutuels», *L'Action médicale*, 15, 11 (1939): pp. 211-212.

Ainsi, la perspective libérale des médecins québécois est largement révisée. Les assurances sociales qui constituaient un facteur de désordre social en minant les valeurs fondamentales – au premier chef la responsabilité individuelle – apparaissent dorénavant comme les remparts de l'ordre social contre les infortunes de l'existence grâce au levier de la solidarité. Le foyer de la problématique sociale s'est déplacé de la volonté et de la morale individuelles vers les processus et les relations d'interdépendance qui forment le tissu social.

La compréhension sociétale des problèmes de santé la plus poussée est sans doute celle formulée par le Dr Tremblay au début des années 1940. Il ne se contente pas de proposer d'élargir l'accès aux soins médicaux, c'est-à-dire d'élargir le champ d'action de la médecine curative. Il situe la question de la santé dans une critique assez générale de la société capitaliste.

[...] ce système basé sur le profit, sur la primauté du capital, tend à disparaître de lui-même parce qu'il a engendré un état de choses inacceptable, parce que l'homme tend la main au milieu de la richesse, parce qu'il a l'estomac vide quand la table regorge d'aliments.<sup>230</sup>

L'année suivante, il ajoute :

L'assurance qui se propose de régler les problèmes économiques dus à la maladie, n'entre en jeu que lorsque cette dernière a fait son apparition. C'est attaquer le problème à rebours puisqu'on permet aux individus de devenir malades par ignorance, misère ou insouciance, et qu'on demande alors à la collectivité d'en avoir soin.<sup>231</sup>

Pour le Dr Tremblay, la socialisation du risque par l'assurance ne suffit pas. Dans son cas davantage que chez ses collègues, la réflexion sociologique se retrouve autant en

---

<sup>230</sup> Jacques Tremblay, «Coopération Médicale», *L'Action médicale*, 16, 5 (1940): p. 85.

<sup>231</sup> Jacques Tremblay, «Économie médicale», *L'Action médicale*, 17, 4 (1941): p. 53.

aval qu'en amont de la maladie. La pauvreté de l'ouvrier lui interdit autant de se protéger de la maladie que de s'en guérir. C'est pourquoi le projet de coopérative du Dr Tremblay vise autant à socialiser le risque maladie qu'à développer une médecine préventive au champ d'action beaucoup plus large que ce qui se pratique à l'époque. La coopérative médicale promue par le Dr Tremblay ne se propose pas simplement de dispenser des soins aux patients, elle veut placer ces derniers au cœur d'un processus de démocratisation de la médecine qui relèguerait les médecins au rôle d'auxiliaires avec le statut de salariés. C'est une remise en cause beaucoup plus profonde de la médecine libérale que la simple conversion au principe de la socialisation du risque maladie. Il ne s'agit pas simplement de régler les difficultés commerciales de la médecine curative, mais bien d'agir sur les déterminants de la santé – deux problèmes connexes mais distincts.

Si tous ne sont pas aussi hardis dans leur volonté de réformer l'organisation de la profession, il est tout de même de plus en plus admis que le principe de l'assurance, de la socialisation du risque, est la meilleure façon de se protéger sinon de la maladie elle-même, du moins de ses conséquences financières désastreuses. En 1944, le Dr Bonin affirme :

Il faudra créer de nouveaux impôts. [...] Mais personne ne sera pris par surprise et chacun pourra établir son budget en conséquence [...] ; alors que jusqu'ici on attendait la maladie qui fondait inopinément sur un foyer pour y semer le deuil, la désolation et la misère, en créant un monceau de dettes gênantes.<sup>232</sup>

Une conséquence directe de la répartition des coûts de santé par la socialisation du risque maladie consiste en la consolidation des rapports marchands entre patients et médecins. En effet, cet arrangement financier permet de surmonter

---

<sup>232</sup> Lud. Bonin, « Réponse à un mémoire », *L'Action médicale*, 20, 4 (1944) : p. 70.

leurs contradictions d'intérêts pécuniaires. Rétrospectivement, le rapport purement individuel de la médecine libérale n'est plus idéalisé comme l'espace béni et privilégié de la confiance personnelle ; il est ramené à un difficile et acrimonieux rapport d'argent. Dans les débats entourant la CAS, le Dr L.-P. Dorval rappelle :

Quant au médecin, dont les relations avec l'ouvrier subissent de constantes frictions au contact des notes d'honoraires, qui tout en étant justes et raisonnables, créent chez l'ouvrier qui ne peut que difficilement les acquitter une impression d'exorbitance, qui emporte avec elle la reconnaissance pour les services rendus, laissant à sa place une rancœur et une hostilité se traduisant souvent par des calomnies, ne trouverait-il pas dans l'assurance sociale un moyen de conserver le prestige auquel il a droit ?<sup>233</sup>

C'est encore une distance prise à l'égard d'un thème du credo libéral. Les assurances sociales n'interfèrent plus avec le lien de confiance entre le médecin et son patient, elles en sont plutôt le gage en neutralisant les enjeux de conflit. Loin de semer la démoralisation, elles fortifient la volonté de guérir en éloignant les soucis financiers<sup>234</sup>.

Au chapitre des solutions aux divers problèmes qu'affronte la médecine libérale, on envisage également la question de la distribution géographique des médecins. Parlant en 1935 d'un éventuel plan d'assurance-maladie, on mentionne qu'« [i]l garantirait aux médecins aujourd'hui végétant dans les villes un revenu suffisant pour les attirer dans les districts les plus pauvres, distribuant ainsi un service médical adéquat dans tout le pays. »<sup>235</sup>. Le problème des dispensaires est aussi appelé à être surmonté par l'assurance sociale. Les assurés sociaux iront voir leur médecin

---

<sup>233</sup> Dr. L.-P. Dorval, «Socialisation versus Étatisation», *L'Action médicale*, 8, 7 (1932): p. 354.

<sup>234</sup> «Pour sauvegarder l'indépendance de la profession», *L'Action médicale*, 11, 5 (1935): p. 538.

<sup>235</sup> Ibid.

de famille et désengorgeront les dispensaires<sup>236</sup>. On propose parfois, comme le fait le Dr Newman en 1936, d'absorber carrément le régime de l'assistance publique dans le futur système d'assurances sociales en incluant les traditionnels indigents sous sa couverture, l'État devant se charger du paiement de leurs cotisations<sup>237</sup>. Cela les détournerait de l'hôpital et du dispensaire, les restituant au médecin praticien comme clientèle lucrative<sup>238</sup>. Une telle position constitue une distance importante par rapport aux principes traditionnels du libéralisme en ce qu'elle implique la fin du devoir de charité des médecins. En juin 1938, le Dr Bonin exprime une désillusion semblable par rapport au travail médical gratuit qui était autrefois partie intégrante de l'idéal du médecin libéral :

Autrefois le pauvre se réfugiait, à contre cœur souvent, dans les services hospitaliers qui vivaient de charité publique. Le médecin faisait sa part en y apportant gratuitement son temps et sa science ; on faisait la charité aux pauvres. Aujourd'hui l'hôpital est une affaire commerciale soutenue par les fonds publics dont les portes sont ouvertes à tout venant. Tout le personnel y est rétribué sauf le médecin qui y rencontre les clients qui autrefois assuraient une subsistance plus ou moins aisées.

---

<sup>236</sup> Lud. Bonin, «Problèmes hospitaliers», *L'Action médicale*, 8, 3 (1932): p. 274.; «Nos sociétés médicales», *L'Action médicale*, 8, 11 (1932): p. 418.; «Pour sauvegarder l'indépendance de la profession», *L'Action médicale*, 11, 5 (1935): p. 538.

<sup>237</sup> Newman B. Freedman, «Social medicine», *L'Action médicale*, 12, 1 (1936): p. 680.

<sup>238</sup> Regrouper ainsi les indigents économiquement dépendants aux travailleurs économiquement indépendants – et à ce titre responsables de leurs contributions – au sein d'un même régime d'assurance sociale tranche avec les principes traditionnels de la régulation libérale. Dans le cadre de celle-ci, la promotion de la responsabilité individuelle passe par la stigmatisation des populations devant avoir recours à l'assistance, ce qui suppose de les soumettre à un régime distinct. Pourtant, il semble que la profession médicale canadienne ait été largement en faveur de l'intégration des indigents au régime d'assurance sociale destiné aux petits salariés. C'est ce que suggère David Naylor en rapportant les commentaires de la *Canadian Medical Association* au gouvernement canadien à propos du projet de loi fédérale sur l'assurance maladie en 1943 « They stressed the importance of clear inclusion of « those unable to pay, be they called 'indigents' or not, » and warned that « strong opposition from medical profession » would result if the health insurance plan left the doctors with any charity work. [...] a contributory plan with government paying premiums on behalf of low-income groups was strongly preferred, since full financing from general taxation revenues would put health services and provider payments in competition for funds with other government projects. » C. David Naylor, *Op. cit.*, p. 121.



Officieusement, sinon officiellement, l'hôpital est devenu un service de l'État. Pourquoi alors le médecin qui paye grasse prébende à cet État, doit-il lui assurer la gratuité de quelques millions de soins gratuits.<sup>239</sup>

Des arguments davantage politiques militent également en faveur d'une socialisation du risque, ou autrement dit d'une responsabilité collective en matière de santé. Par politique, on entend ici une réflexion sur la santé en termes de droits présentés comme corollaires à des devoirs. C'est ainsi qu'un médecin se représente la question de la santé des femmes en regard de leur devoir d'enfantement. Selon lui, puisqu'on encourage les femmes à faire des enfants, il faut assumer les responsabilités associées à de tels conseils. Une femme morte en couches, c'est une importante citoyenne qui disparaît et des enfants à placer en institution. D'un point de vue économique, il est de toute façon profitable de lui assurer des soins. Or si l'on n'aide pas les femmes qui suivent les encouragements à la natalité, qu'on les expose ainsi à des risques pour leur santé, il faut abandonner ces recommandations et légaliser le contrôle des naissances et l'avortement : « If birth control and abortion cannot be legalized, then we must subsidize, or insure our pregnant women »<sup>240</sup>. Cette façon, même bien théorique, d'envisager la légalisation de l'avortement ou le contrôle des naissances paraît plutôt hardie pour un médecin de l'époque. Elle ne semble certainement pas représentative de l'opinion de ses collègues de l'Action médicale. En revanche, l'idée d'assurer les femmes contre les risques inhérents à l'enfantement jouit du poids de la cause nationale que représente à l'époque la croisade contre la mortalité infantile.

La reconnaissance du principe de la socialisation du risque par les médecins ne signifie pas pour autant une simple adhésion à la marche des choses, une abdication face au courant dominant. Le complément nécessaire de cette conversion

<sup>239</sup> Lud. Bonin, « Choix de Gouverneurs », *L'Action médicale*, 14, 6 (1938) : pp. 321-322.

<sup>240</sup> George J. Streat, « The problem of maternity benefits », *L'Action médicale*, 8, 9 (1932) : p. 394.

de paradigme sociologique, c'est la conscience du besoin d'aller au-devant du changement pour ne pas en être la victime. Il ne s'agit donc pas seulement d'une transition de l'idéologie à la sociologie ; un fil conducteur demeure au centre du discours médical, celui de la défense des intérêts professionnels fondamentaux de la médecine libérale. C'est à un esprit de conservation de classe que le réformisme des médecins de l'*Action médicale* s'abreuve.

L'État intervient de plus en plus pour traiter avec sollicitude les groupes influents qui lui demandent protection. Il nous faut évoluer, c'est-à-dire accepter ce qui est une formule de progrès et rejeter avec vigueur tout ce qui peut faire perdre l'indépendance si essentielle à la pratique médicale. Mais notre évolution ne doit pas être passive, parce qu'elle ne se fera alors que dans le sens des poussées extérieures. [...]

Pour nous, puisque nous ne pouvons pas arrêter l'évolution sociale, nous ne devons pas attendre que l'opinion publique soit irrémédiablement façonnée, mais nous devons tâcher de la façonner nous-même afin qu'elle soit en accord avec notre idéal traditionnel.<sup>241</sup>

#### 4.5 Défense des intérêts professionnels dans le cadre de l'assurance sociale

La législation des accidents du travail du tournant des années trente ainsi que la Commission des Assurances Sociales de 1931-1933 ont donc permis aux médecins québécois d'envisager leur profession dans le cadre de nouveaux rapports sociaux. Elles les ont aussi aguerris à redéfinir et défendre farouchement leurs intérêts professionnels selon de nouveaux paramètres. Toute la discussion sur les assurances sociales, de 1930 à 1945, oscille entre deux pôles : d'une part l'intérêt pour les médecins d'emboîter le pas à la tendance historique vers les assurances sociales, dont nous venons de parler ; d'autre part les conditions sous lesquelles devra

---

<sup>241</sup> Argus, «La vie qui passe...», *L'Action médicale*, 12, 7 (1936): p. 795.

impérativement se faire cette réorganisation de l'accès aux soins pour demeurer acceptable par la profession.

On l'a dit, le principal intérêt pour les médecins est de les mettre à l'abri des aléas du recouvrement des honoraires, de sécuriser leur revenu. Une assurance de service médical

créerait un nouveau fonds pour augmenter et stabiliser les revenus du médecin et des hôpitaux. [...]

Il ne ferait aucune concurrence aux médecins dont la clientèle se recrute chez les gens riches qui à l'heure actuelle sont obligés de payer pour les pauvres. Il rendrait en outre au médecin de famille le respect qui lui est dû.<sup>242</sup>

Il n'est cependant pas question de laisser au hasard, ou plus précisément à la fantaisie des politiciens, le mode de rémunération qui lierait les médecins à une caisse d'assurance. Le paiement à l'acte, c'est-à-dire les honoraires plutôt que le salaire, emporte de manière écrasante la faveur des médecins. Avec la liberté de choix du médecin, c'est l'élément de la critique libérale des assurances sociales qui résiste le mieux aux bouleversements idéologiques importants de cette période. Selon ses promoteurs, le paiement des honoraires conserve davantage l'indépendance du médecin :

« Capitation fee or salary basis, as we see it here in Canada in so-called contract practice, has proven in many cases far from satisfactory, leading to a low standard of medical service rendered and dissatisfied patients. This column has always felt that just as the patient has the right of choice of doctor, so too should the doctor have the right of choice of patient. »<sup>243</sup>

---

<sup>242</sup> «Pour sauvegarder l'indépendance de la profession», *L'Action médicale*, 11, 5 (1935): p. 538.

<sup>243</sup> Newman B. Freedman, «Medical Aspects of Social Security», *L'Action médicale*, 19, 6 (1943): p. 94.

Cette revendication sera inlassablement réitérée comme une condition *sine qua none* à l'établissement de l'assurance-maladie. Elle figure notamment au mémoire de la Fédération des sociétés médicales de 1932. Soulignons néanmoins la position discordante du Dr Tremblay, qui plaide en faveur d'un salariat médical dans le cadre d'une coopérative. Bien que marginal à l'extrême, son point de vue jouit d'une large diffusion au début des années quarante dans les pages de l'*Action médicale* :

[...] à ceux qui disent qu'un « salaire limite le stimulus du praticien et démoralise la profession en général, il faut demander si cela équivaut à dire que le médecin travaille mieux pour des honoraires incertains ou différés. Un médecin digne de ce nom donne le même rendement, qu'il soit payé d'avance ou pas. Et le monde évoluant, la société doit décider si elle doit permettre à la profession médicale de subir le sort du capitalisme, c'est-à-dire, l'effondrement et le passage en les mains de l'État avec tout son incertain ; ou si elle doit contribuer au développement du service médical dans l'intérêt des patients et à l'avantage de la profession.

L'objection au salaire et au contrat est un préjugé, car ce qu'on appelle contrat est tout simplement une convention par laquelle on accepte librement un salaire, et c'est ce qui se fait couramment aujourd'hui. Les chefs d'état, les doyens d'université, les grands industriels sont tous à salaire ; les ingénieurs et les avocats ne le refusent pas. L'artiste n'a-t-il jamais mieux travaillé que quand il était libre de toute préoccupation matérielle. Les chercheurs, les médecins de laboratoire sont à salaire. Ils n'ont à lutter contre personne pour vivre, leur vie est garantie et ils sont libres de concentrer toute leur attention sur leur travail.<sup>244</sup>

Comme dans le cas de la Loi des accidents du travail, l'*Action médicale* se montre favorable à la formule du tiers payant, c'est-à-dire le remboursement des frais médicaux par la caisse d'assurance directement au médecin plutôt qu'au patient. C'est la seule façon de se protéger de l'imprévoyance du patient, qui demeure pauvre malgré l'assurance-maladie. La Fédération l'explique dans son mémoire de 1932 :

---

<sup>244</sup> «Coopération médicale», *L'Action médicale*, 16, 10 (1940): p. 173.

Nous rejetons le mode de paiement direct par l'assuré, même au cas où un règlement pourvoirait à la remise des frais médicaux à l'assuré pour les transmettre ensuite au médecin. Dans notre pays où l'imprévoyance règne, du moins chez les gagne-pain qui relèvent des assurances sociales, les montants alloués pour le paiement des honoraires pourraient être détournés de leurs fins.<sup>245</sup>

Elle se trouve en opposition sur cette question avec l'Association provinciale de médecine<sup>246</sup> qui, après l'avoir défendu, désavoue devant la CAS le principe du tiers payant :

Qui a raison ? Est-ce la Fédération qui, au nom de douze sociétés de districts, veut au moins assurer au médecin qui travaillera pour des honoraires réduits, le paiement de ces honoraires, ou l'Association Provinciale de Médecine qui dit : les médecins seront payés s'ils le peuvent ?

On craint que si les indemnités d'assurance passent par l'intermédiaire de l'ouvrier, elles servent à combler d'autres besoins que le règlement des frais médicaux. L'argument contre le tiers payant repose sur la protection du secret médical<sup>247</sup>.

Il s'agit du renoncement à un pan fondamental de la médecine libérale, le rapport marchand purement privé entre le médecin et son patient. En entrant directement en rapport avec l'appareil administratif de la caisse d'assurance, les médecins acceptent un degré de socialisation supplémentaire. Ils s'obligent en particulier à se subordonner à une grille de tarifs uniforme, collectivement déterminée<sup>248</sup>.

---

<sup>245</sup> «Memorandum de la "Fédération" sur les assurances sociales», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932): p. 401.

<sup>246</sup> Branche québécoise de l'Association canadienne de médecine. Elle compte notamment plusieurs membres de l'administration du Collège des médecins avec laquelle l'Action médicale est en lutte.

<sup>247</sup> Dr J.-E. Desrochers, «Volte-face de l'Association provinciale de Médecine», *L'Action médicale*, 8, 10 (1932): p. 430.

<sup>248</sup> Louis Roux, «Les assurances sociales d'après le Docteur L.-F. Dubé», *L'Action médicale*, 9, 7 (1933): p. 123.

Là où, au contraire, on cherche à ménager un champ d'exercice à la médecine libérale, c'est à travers la question de la population couverte par les assurances sociales. Il est clair pour l'ensemble des médecins que ce nouveau régime profitera surtout aux petits salariés et aux classes moyennes, incapables de se payer des soins adéquats, mais trop riches pour être éligibles à l'Assistance publique. Quant aux indigents, comme on l'a vu, ils peuvent rester sous le régime de l'Assistance publique ou être intégrés à l'assurance sociale aux frais de l'État. Il reste cependant la frange lucrative, économiquement supérieure, de la clientèle médicale, celle dont les membres n'ont jamais rencontré de problème à acquitter leurs honoraires. Or les praticiens souhaitent conserver ces revenus qui, sous le régime de la médecine libérale, sont supérieurs au rendement qu'offrira l'assurance sociale. C'est pourquoi, toujours dans son mémoire de 1932, la Fédération affirme ceci :

Nous réclamons l'assurance obligatoire<sup>249</sup> pour tous les travailleurs dont le salaire est inférieur au total de revenus suffisants pour parer aux risques de la maladie. [...]

Nous considérons que la classe aisée doit être exclue des assurances sociales.<sup>250</sup>

Il faut donc baliser l'accès à l'assurance par un salaire maximum. Il n'y a pas de consensus sur ce niveau. Un médecin avance un plafond de 900\$<sup>251</sup>. La Fédération suggère un plafond de 1200 \$.

Quant à ceux qui seront éligibles à l'assurance, il importe de donner un caractère obligatoire à leur adhésion. Protection, encore une fois, contre l'imprévoyance populaire qui mène l'assurance volontaire à l'échec. « L'assurance

<sup>249</sup> Soulignons ici qu'en demandant l'assurance obligatoire, la Fédération se montre plus hardie que la CAS qui, dans son rapport, se bornera à recommander l'assurance volontaire.

<sup>250</sup> «Memorandum de la "Fédération" sur les assurances sociales», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932): p. 400.

<sup>251</sup> L. R., «Que nous apportera la loi des assurances sociales ?», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932): p. 396.

sociale libre, et c'est un fait prouvé par l'expérience de nombreux pays, est impuissante à protéger l'ensemble du peuple contre certains risques. Atteinte à la liberté de quoi, alors ? Atteinte à la liberté de devenir indigent par sa propre faute ! »<sup>252</sup>

On savait que le libre choix du médecin dans le cadre de la Loi des accidents du travail allait servir de repère au fonctionnement de l'assurance sociale. Il demeure donc évidemment une revendication centrale dans le débat général sur cette question. Pour beaucoup, le libre choix du médecin est le rempart contre la fonctionnarisation de la profession. Il oblige le médecin à satisfaire sa clientèle en conservant à ses soins un haut standard de qualité. Il lui donne également de l'indépendance face à la caisse d'assurance, le soustrayant à des critères productivistes<sup>253</sup>.

Soulignons enfin un autre compromis envisagé à l'égard des principes de la médecine libérale pour faire place à la socialisation du risque maladie. Le principe du secret professionnel a souvent servi d'argument pour contester la possibilité pratique et morale de l'instauration de l'assurance-maladie. Il apparaissait inadmissible que toute information passe par d'autres mains que celles du médecin traitant, par exemple celles des employés d'une caisse d'assurance. Cet obstacle apparaît finalement trivial quand on se permet de se détacher d'une interprétation rigide de ce principe déontologique. Le Dr Desrochers affirme ainsi en 1932 :

L'évolution des conditions sociales n'entraîne-t-elle pas nécessairement des modifications de l'éthique professionnelle et la déontologie médicale ne doit-elle pas se transformer selon les fins qu'elle doit servir ? [...]

---

<sup>252</sup> Jacques Tremblay, «L'assurance-maladie anglaise est-elle applicable au Canada», *L'Action médicale*, 18, 1 (1942): p. 6.

<sup>253</sup> Louis Roux, «Les assurances sociales d'après le Docteur L.-F. Dubé», *L'Action médicale*, 9, 7 (1933): p. 122.

Il semble admis que l'assurance maladie-invalidité est de telle sorte qu'il faille se contenter d'un secret professionnel mitigé, en ce sens que l'intérêt général devra passer avant l'intérêt particulier.<sup>254</sup>

L'année suivante il ajoute :

[...] nous considérons que le secret professionnel doit être limité par les droits de la collectivité.

Il y a en jeu un droit individuel et un droit collectif. La primauté de ce dernier est incontestable.<sup>255</sup>

Contrairement à ce que les médecins québécois pouvaient croire au tournant des années 1930, il existe une très nette distinction entre la socialisation de la profession médicale et celle, plus restreinte, du risque maladie. Après avoir dénoncé les assurances sociales sous prétexte de préserver l'indépendance et le statut privilégié de la profession, ils s'y rallient en y voyant au contraire le moyen de consolider les rapports marchands qu'ils entretiennent avec leurs patients et patientes tout en préservant l'essentiel de l'autonomie professionnelle qui est au cœur de la médecine libérale. La Commission Montpetit et la loi des accidents du travail de 1931 semblent avoir été des jalons importants de cette évolution idéologique, par ailleurs également stimulée par l'aggravation de la crise de la médecine libérale sous le coup de la grande dépression. Au début des années 1940, confiants en leur capacité de se mobiliser et d'assurer la défense politique et collective de leurs intérêts, les médecins de l'Action médicale sollicitent la création d'un régime public d'assurance maladie dont on espère qu'il restructurera le marché des soins de santé pour donner un second souffle à la médecine libérale.

---

<sup>254</sup> Dr J.-E. Desrochers, «Le secret professionnel et les assurances sociales», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932): p. 381.

<sup>255</sup> Dr J.-E. Desrochers, «Réponse au mémoire du Dr Dubé», *L'Action médicale*, 9, 3 (1933): p. 42.



## CONCLUSION

Au tournant des années 1920, la position sociale de la profession médicale au Québec est mise à mal par les transformations de la structure sociale et l'évolution des rapports sociaux entraînées par la marche rapide du développement industriel et capitaliste. Cette époque est encore essentiellement dominée par la médecine libérale, fondée sur des rapports privés entre patient et médecin où doit se réaliser entre pratique lucrative et charité médicale un équilibre compatible avec un statut économique et social élevé pour le praticien. Or, pour beaucoup de médecins, cet équilibre est rompu. Le développement d'une nouvelle misère urbaine, qui touche une large proportion des classes populaires et déborde progressivement les marges de l'indigence traditionnelle, gruge inexorablement le marché de la pratique lucrative des médecins. Alors que les patients solvables se raréfient, les pouvoirs publics cherchent à endiguer partiellement les problèmes de santé publique en finançant sur une plus grande échelle les initiatives d'assistance publique, notamment l'hospitalisation gratuite des indigents. Si ces fonds publics soulagent – très partiellement – les problèmes d'accès aux soins de santé, ils laissent les médecins aux prises avec leurs difficultés financières puisque l'assistance publique ne signifie pour eux qu'un surcroît de soins dispensés gratuitement, le transfert dans le giron de la charité d'une clientèle autrefois payante. La médecine libérale s'enfonce dans une crise aiguë.

L'association l'Action médicale naît d'une volonté de redresser la situation sociale déclinante des médecins. Ses animateurs, dont le Dr Joseph Desrochers est pendant près de vingt ans la figure de proue, se dotent d'un journal pour mobiliser leurs collègues autour des questions économiques et sociales affectant leur condition. Les médecins doivent sortir de leurs existences individualistes et développer un esprit de corps, une conscience, des revendications et une action collectives. Tel qu'ils le

trouvent au début des années 1920, le Collège des médecins et chirurgiens ne suffit pas aux besoins d'organisation et de mobilisation de la profession. Émanation de l'État qui en a défini la mission et les pouvoirs par acte législatif au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, cette institution se contente de réglementer l'accès à la profession et les conditions de la pratique. Elle n'occupe qu'une poignée de mandataires élus aux quatre ans par la profession et se désintéresse largement des transformations de la société et de leurs effets sur les intérêts socio-économiques de ses membres. Les médecins de l'Action médicale entreprennent donc d'en prendre la tête pour en faire non seulement une instance de contrôle de la pratique, mais également un levier dans la défense active des intérêts professionnels médicaux. Au long d'une âpre lutte d'une quinzaine d'années, ils gagnent progressivement du terrain face à leurs rivaux, faisant prévaloir sur la conception essentiellement réglementaire et disciplinaire des directions précédentes une conception plus politique et militante du Collège, dont ils prennent la direction à la fin des années 1930. En parallèle, ils mettent également sur pied une fédération des sociétés médicales de district, véritable structure démocratique de mobilisation permettant la participation à la base des médecins dans les débats concernant leurs intérêts professionnels.

Cette montée du militantisme professionnel médical et les débats qu'il génère, associés bien sûr au contexte de la crise économique qui accentue les problèmes structurels déjà présents, se traduisent par de considérables mutations idéologiques. Aux débuts de l'aventure de l'Action médicale, la promotion des intérêts de la profession passait presque unanimement par la défense du *statu quo ante*, autrement dit le retour aux beaux jours de la médecine libérale. Il fallait que refluent les interventions inconsidérées de l'État et des œuvres de bienfaisance qui avaient dévoyé l'esprit de la charité traditionnelle en ouvrant toutes grandes et sans discrimination les portes des hôpitaux et des dispensaires où l'on soigne gratuitement les malades, en transformant en assistés une masse de patients considérés aptes à

payer. Il fallait rétablir les conditions normales du légitime commerce de la médecine libérale.

À partir des années 1931-1932, cependant – au moment où les assurances sociales sont instituées en matière d'accidents du travail et alors que le gouvernement convoque une Commission d'enquête sur les assurances sociales – la position idéologique des médecins de l'Action médicale s'infléchit. On affirme désormais de plus en plus que les dysfonctions de l'assistance publique ne sont finalement que les symptômes d'un problème plus fondamental : les classes populaires et une partie des classes dites moyennes n'ont effectivement plus les moyens de se payer l'hospitalisation et les soins du médecin. Le principe de la stricte responsabilité financière individuelle face à la maladie mène la médecine libérale à sa ruine, la demande solvable ayant largement disparu.

Pour sauver l'essentiel des intérêts médicaux – une profession indépendante, jouissant d'une importante autorité sociale et économiquement prospère – il faut se délester de certains aspects du credo libéral qui ne correspondent plus aux rapports sociaux contemporains. La reconstruction de la solvabilité de la demande de soins médicaux – donc la consolidation possible de la médecine libérale – passe par l'abandon de l'idée de rapports strictement privés entre patients et médecins. Pour que le médecin demeure un praticien indépendant, il faut qu'à l'autre bout de la relation le risque maladie soit au contraire socialisé, réparti sur une masse de potentiels malades qui n'auront à financer qu'une fraction du coût réel de sa réalisation. La technologie sociale permettant cette restructuration du marché médical, c'est l'assurance sociale. Autrefois décriée par les médecins comme la voie de leur asservissement, elle leur apparaît désormais comme le moyen le plus sûr de rétablir leur condition chancelante. C'est à coup sûr un compromis qui évite de sacrifier les médecins aux revendications croissantes du peuple en envisageant des

alternatives politiques beaucoup plus radicales qui socialiseraient non seulement le risque maladie, mais la profession médicale elle-même.

Forts de ces acquis idéologiques, les médecins de l'Action médicale voient donc d'un bon œil les projets de régime d'assurance-maladie mis en chantier dans le début des années quarante par les gouvernements fédéral et provincial, non bien sûr sans demeurer très vigilants quant à la condition exacte que leur réserve l'État. Or le retour au pouvoir de Duplessis en 1944 marque un recul dans l'élan réformiste des gouvernements. Celui-ci préconise le maintien d'une régulation sociale libérale orthodoxe, qui exclut notamment tout projet d'assurance maladie sous la responsabilité de l'État. On ne verra pas pour autant le maintien du simple statu quo. Dans le contexte politique conservateur du duplessisme, les retombées des acquis idéologiques assurantiels seront portées par la société civile à travers l'initiative de la Croix Bleue. Il s'agit d'une assurance-hospitalisation et maladie de groupe mise sur pied à l'initiative de la grande bourgeoisie montréalaise et adaptée de l'expérience américaine<sup>256</sup>. Elle connaît un rapide essor après ses débuts durant la guerre. Elle vise à assurer collectivement l'ensemble des travailleurs de grandes entreprises auprès d'hôpitaux affiliés.

Les avis ne sont pas unanimes face à la Croix Bleue qui se présente comme une alternative aux projets de régime public. La Fédération des sociétés médicales, par exemple, déclare qu'elle préfère l'assurance-santé organisée par l'État au plan de la Croix Bleue puisqu'il lui semble démontré que seul le principe de l'assurance obligatoire peut réellement contrer le fléau de l'imprévoyance<sup>257</sup>. Le Collège des médecins, de son côté, refuse de se prononcer en faveur ou en défaveur de la requête

---

<sup>256</sup> Yvan Rousseau, «Le commerce de l'infortune : les premiers régimes d'assurance maladie au Québec, 1880-1939», *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 58, 2 (2004).

<sup>257</sup> Dr J.-E. Desrochers, «Délibérations», *L'Action médicale*, 21, 11 (1945).

de la Croix Bleue afin d'obtenir une loi lui permettant de mettre des médecins sous contrat<sup>258</sup>. À titre individuel, cependant, le Dr Desrochers prend acte de l'échec du projet d'assurance-maladie initié par le premier ministre Godbout et dès mai 1945 il s'évertue à défendre dans une série d'articles le projet de la Croix Bleue contre des détracteurs au sein de la profession<sup>259</sup>. Il y met tant de zèle qu'on soupçonne *L'Action médicale* d'être subventionnée pour promouvoir la Croix Bleue. Elle s'en défend, se réclamant simplement de l'examen réfléchi de toutes les questions d'intérêt pour la profession plutôt que des opinions tranchées. Quoiqu'il en soit, les succès de cette assurance privée libre mais collective – qui se maintient jusqu'à l'étatisation des assurances hospitalisation et maladie dans les années 1960 et début 1970 – repose certainement en bonne partie sur les transformations idéologiques des années 1930 et principalement le ralliement des médecins à la nécessité de socialiser, ne serait-ce que partiellement, le risque maladie. Elle montre aussi, en revanche, que la notion de risque, substituée à celle de stricte responsabilité individuelle, permet de surmonter certaines contradictions de la société libérale en épargnant l'essentiel des rapports sociaux qui la caractérisent. C'est ce qui explique que des médecins et de grands financiers et industriels s'en soient finalement faits les promoteurs après y avoir résisté. Les médecins y voient leurs revenus restaurés, leur indépendance professionnelle et leur statut social consolidés. C'est une position qui leur sera conservée par la phase suivante de la socialisation du risque maladie, celle de la prise en charge étatique de l'assurance-maladie sous la formule d'un régime universel non contributaire, aux grands frais d'un système public de santé essentiellement tourné vers l'organisation de la médecine curative.

---

<sup>258</sup> Dr Charles Gagnon, «Bureau des gouverneurs», *L'Action médicale*, 21, 10 (1945).

<sup>259</sup> Dr J.-E. Desrochers, «L'association d'hospitalisation du Québec», *L'Action médicale*, 21, 5 (1945). ; Dr J.-E. Desrochers, «L'Association d'hospitalisation du Québec», *L'Action médicale*, 21, 6 (1945). ; Dr J.-E. Desrochers, «La Croix bleue», *L'Action médicale*, 21, 7 (1945).

## BIBLIOGRAPHIE

### Sources

«Le premier dîner de "L'Action médicale"», *L'Action médicale*, 1, 3 (1925) : 5-6.

«L'assemblée générale de L'Action médicale», *L'Action médicale*, 1, 5 (1925) : 6.

«L'Action médicale économique», *L'Action médicale*, 1, 5 (1925) : 5-6.

«Aux Trois-Rivières», *L'Action médicale*, 1, 3 (1925) : 6.

«Le dispensaire aux indigents seulement», *L'Action médicale*, 1, 5 (1925) : 10-11.

«Le Collège ce qu'on en pense», *L'Action médicale*, 2, 8 (1926) : 1-5.

«Le programme de l'Action médicale», *L'Action médicale*, 2, 6 (1926) : 1-2.

«Votons pour les candidats qui ont un programme», *L'Action médicale*, 2, 8 (1926) :  
7.

«Le dîner de l'Action médicale», *L'Action médicale*, 2, 2 (1926) : 1-5.

«Votons pour les candidats qui ont un programme», *L'Action médicale*, 2, 7 (1926) :  
5.

«Les hôpitaux de Montréal», *L'Action médicale*, 2, 1 (1926) : 6-9.

«Échos du congrès», *L'Action médicale*, 2, 10 (1926) : 15.

«Le comité exécutif du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec», *L'Action médicale*, 2, 10 (1926) : 6.

«Réorganisation de notre bureau central de perception», *L'Action médicale*, 2, 3 (1926) : 11.

«Liste des amis qui abusent de nous», *L'Action médicale*, 3, 9 (1927) : 191.

«À nos détracteurs», *L'Action médicale*, 4, 5 (1928) : 97-99.

«Pourquoi les médecins ne sont-ils pas payés pour les soins qu'ils donnent dans les services publics de hopitaux ?», *L'Action médicale*, 4, 4 (1928) : 73-76.

«Qui doit défendre la profession médicale ?», *L'Action médicale*, 4, 3 (1928) : 68-70.

«Non ! Non !», *L'Action médicale*, 4, 9 (1928) : 193-194.

«La contribution reste à six dollars», *L'Action médicale*, 4, 10 (1928) : 217-218.

«Ce qu'il faut lire dans le procès-verbal de la dernière assemblée des gouverneurs», *L'Action médicale*, 4, 2 (1928) : 25-27.

«À nos détracteurs», *L'Action médicale*, 4, 7 (1928) : 145-148.

«Le dispensaire. L'admission en serait bientôt contrôlée», *L'Action médicale*, 4, 6 (1928) : 127-128.

«Opinion légale», *L'Action médicale*, 5, 3 (1929) : 49-52.

«Projet de Groupements Médicaux Autonomes», *L'Action médicale*, 5, 8 (1929) : 162-165.

«Le conseil de discipline aurait-il violé la loi ?», *L'Action médicale*, 5, 6 (1929) : 128-129.

«Procès-verbal», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929) : 243.

«Les conséquences médicales du fonctionnement de la loi allemande des assurances sociales», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929) : 247-249.

«Les faits et les méfaits des assurances sociales», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929) : 244-247.

«Un article du Dr E Liek», *L'Action médicale*, 5, 12 (1929) : 253.

«Les assurances lancent leur ballon», *L'Action médicale*, 5, 5 (1929) : 101.

«"L'Action médicale, incorporée"», *L'Action médicale*, 5, 6 (1929) : 121-126.

«Un scandale administratif», *L'Action médicale*, 6, 5 (1930) : 84- 85, 100.

«Programme de l'Action Médicale», *L'Action médicale*, 6, 6 (1930) : 109.

«Responsabilité du gouvernement en rapport avec la protection des ouvriers», *L'Action médicale*, 6, 2 (1930) : 24-25.

«Les faits et méfaits des assurances sociales», *L'Action médicale*, 6, 1 (1930) : 9.

«Le programme de l'Action médicale», *L'Action médicale*, 6, 8 (1930) : 153-154.

«Mise au point», *L'Action médicale*, 6, 1 (1930) : 2.

«Le médecin et son agent financier», *L'Action médicale*, 7, 1 (1931) : 3.



«La loi des accidents du travail - Ce que nous promet M. Taschereau», *L'Action médicale*, 7, 1 (1931) : 4-6.

«Recette pour retrouver un débiteur récalcitrant», *L'Action médicale*, 7, 10 (1931) : 171.

«La nouvelle loi des accidents du travail», *L'Action médicale*, 7, 9 (1931) : 150.

«La médecine d'État. Les raisons qui me l'ont fait proposer», *L'Action médicale*, 7, 11 (1931) : 191-193.

«Memorandum de la "Fédération" sur les assurances sociales», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932) : 400-401.

«Les médecins de l'Ouest fondent une association», *L'Action médicale*, 8, 12 (1932) : 438-439.

«Nos sociétés médicales», *L'Action médicale*, 8, 11 (1932) : 416-419.

«Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec», *L'Action médicale*, 8, 8 (1932) : 376.

«L'Association médicale de l'Est de Montréal», *L'Action médicale*, 8, 5 (1932) : 309.

«Le Procès-Verbal. Petit inventaire des perles qu'il contient», *L'Action médicale*, 8, 2 (1932) : 249.

«Montréal aura le sien», *L'Action médicale*, 9, 7 (1933) : 130.

«Une conférence de l'Association des Médecins de l'Est», *L'Action médicale*, 9, 9 (1933) : 167-169.

«Les unités sanitaires de santé», *L'Action médicale*, 10, 4 (1934) : 289-292.

«Lettre d'un médecin au Président de l'Exécutif de la ville de Montréal», *L'Action médicale*, 10, 6 (1934) : 334.

«Deux politiques», *L'Action médicale*, 10, 8 (1934) : 368.

«Sujet de méditation», *L'Action médicale*, 10, 6 (1934) : 329-331.

«La commission Médicale du Chômage», *L'Action médicale*, 11, 6 (1935) : 551.

«Pour sauvegarder l'indépendance de la profession», *L'Action médicale*, 11, 5 (1935) : 538-539.

«La commission du chômage de Montréal soumet trois plans relatifs à l'aide médicale aux chômeurs», *L'Action médicale*, 11, 1 (1935) : 449-452.

«Le 10e anniversaire de l'*Action Médicale*», *L'Action médicale*, 11, 6 (1935) : 552-555.

«Modification de la loi des accidents du travail», *L'Action médicale*, 12, 3 (1936) : 720-722.

«Réponses à quelques objections», *L'Action médicale*, 13, 3 (1937) : 41-42.

«La profession médicale fête son président», *L'Action médicale*, 14, 11 (1938) : 402-406.

«Le combat», *L'Action médicale*, 15, 1 (1939) : 1-2.

«L'Association Nationale de Bénéfices Mutuels», *L'Action médicale*, 15, 11 (1939) : 211-214.

«Coopération médicale», *L'Action médicale*, 16, 10 (1940) : 173-174.

«Une mise au point», *L'Action médicale*, 18, 6 (1942) : 85-87.

«Étude sur l'assurance-maladie», *L'Action médicale*, 20, 1 (1944) : 16-18.

ARGUS, «Enfin voici l'invraisemblable», *L'Action médicale*, 6, 7 (1930) : 121-122.

ARGUS, «Après la bataille», *L'Action médicale*, 6, 9 (1930) : 157-158.

ARGUS, «On semble vouloir nous ignorer. Saurons-nous nous défendre», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930) : 179.

ARGUS, «Rapport de la grande Assemblée tenue à l'Université de Montréal, le 18 octobre au sujet de l'aide médicale aux chômeurs», *L'Action médicale*, 9, 10 (1933) : 183-185.

ARGUS, «La vie qui passe...», *L'Action médicale*, 12, 7 (1936) : 794-795.

B., L., «Les médecins au Canada français», *L'Action médicale*, 9, 8 (1933) : 139.

B., L., «Le médecin dans la société moderne», *L'Action médicale*, 10, 9 (1934) : 386-387.

B., L., «Bureau central d'enquêtes», *L'Action médicale*, 11, 5 (1935) : 532.

B., L., «La comédie tragique», *L'Action médicale*, 11, 8 (1935) : 589-590.

B., L., «Le libre choix du médecin est-il une bonne mesure», *L'Action médicale*, 12, 11 (1936) : 865-866.

BOISVERT, DR A. J., «Les sociétés médicales vont-elles se fédérer ?», *L'Action médicale*, 1, 7 (1925) : 10.

BOISVERT, DR A.-J., «Nos mésintelligences», *L'Action médicale*, 4, 8 (1928) : 171-172.

BOISVERT, DR A.-J., «L'autonomie des groupements médicaux», *L'Action médicale*, 3, 2 (1927) : 7-10.

BOISVERT, DR A.-J., «Réflexions et Suggestions», *L'Action médicale*, 6, 4 (1930) : 66-69.

BOISVERT, DR A. J., «Debout les morts», *L'Action médicale*, 5, 8 (1929) : 173-174.

BONIN, L., «Le lot du praticien», *L'Action médicale*, 7, 10 (1931) : 169-170.

BONIN, LUD., «Problèmes hospitaliers», *L'Action médicale*, 8, 3 (1932) : 274.

BONIN, LUD., «Choix de Gouverneurs», *L'Action médicale*, 14, 6 (1938) : 321-322.

BONIN, LUD., «Réponse à un mémoire», *L'Action médicale*, 20, 4 (1944) : 67-70.

BONIN, LUD., «Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec», *L'Action médicale*, 2, 8 (1926) : 9-10.

BONIN, LUD., «Soignons nos malades pauvres», *L'Action médicale*, 2, 11 (1926) : 7-8.

D., H., «Que devons-nous attendre de l'assemblée annuelle du bureau des gouverneurs le 26 septembre», *L'Action médicale*, 4, 9 (1928) : 197-198.

DELVECCHIO, DR, «Une élection remarquable», *L'Action médicale*, 18, 9 (1942) : 193.

DELVECCHIO, DR, «Les élections de nos gouverneurs», *L'Action médicale*, 18, 7 (1942) : 101.

DEROME, DR WILFRID, et DR A. BELLEROSE, «Association canadienne de médecine industrielle», *L'Action médicale*, 4, 8 (1928) : 170.

DESROCHERS, ALFRED, «L'envers d'un conte», *L'Action médicale*, 12, 3 (1936) : 722-724.

DESROCHERS, DR J.-E., «Les médecins en savent trop», *L'Action médicale*, 5, 2 (1929) : 26-27.

DESROCHERS, DR J.-E., «Comment notre registraire accueille les médecins qui vont le voir pour informations», *L'Action médicale*, 5, 1 (1929) : 14-16.

DESROCHERS, DR J.-E., «De l'Outrecuidance au Cynisme», *L'Action médicale*, 6, 4 (1930) : 64-65.

DESROCHERS, DR J.-E., «Le secret professionnel et les assurances sociales», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932) : 381-382.

DESROCHERS, DR J.-E., «Volte-face de l'association provinciale de Médecine», *L'Action médicale*, 8, 10 (1932) : 430.

DESROCHERS, DR J.-E., «Réponse au mémoire du Dr Dubé», *L'Action médicale*, 9, 3 (1933) : 41-42.

DESROCHERS, DR J.-E., «Discours Programme», *L'Action médicale*, 14, 6 (1938) : 313-320.

DESROCHERS, DR J.-E., «Examens des faits », *L'Action médicale*, 14, 2 (1938) : 233.

DESROCHERS, DR J.-E., «L'Association d'hospitalisation du Québec», *L'Action médicale*, 21, 6 (1945) : 113-114.

DESROCHERS, DR J.-E., «L'association d'hospitalisation du Québec», *L'Action médicale*, 21, 5 (1945) : 93-94.

DESROCHERS, DR J.-E., «Délibérations», *L'Action médicale*, 21, 11 (1945) : 215-216.

DESROCHERS, DR. J.-E., «Le Dr Dubé et sa lettre», *L'Action médicale*, 17, 2 (1941) : 21-22.

DESROCHERS, DR. J.-E., «La Croix bleue», *L'Action médicale*, 21, 7 (1945) : 133-134.

DESROCHERS, J.-E. et L.-P. DORVAL, «Rapport officiel de l'assemblée de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec», *L'Action médicale*, 8, 10 (1932) : 397-398.

DIRECTION, LE BUREAU DE, «Scission au bureau Provincial de Médecine», *L'Action médicale*, 5, 8 (1929) : 161-162.

DORVAL, DR HENRI, «Conférence», *L'Action médicale*, 2, 6 (1926) : 2-8.

DORVAL, DR L.-P., «Autour de la question hospitalière», *L'Action médicale*, 8, 2 (1932) : 255-256.

DORVAL, DR. L.-P., «Socialisation versus Étatisation», *L'Action médicale*, 8, 7 (1932) : 353-354.

DORVAL, L.-P., «À qui la faute ?», *L'Action médicale*, 10, 5 (1934) : 321.

DORVAL, L.-P., «Assemblée générale de la Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec», *L'Action médicale*, 12, 10 (1936) : 846-849.

DORVAL, L.-P., «Assemblée générale du Conseil de la Fédération», *L'Action médicale*, 14, 10 (1938) : 391-394.

FINOT, DR ANDRÉ, «Les assurances sociales», *L'Action médicale*, 6, 11 (1930) : 193-194.

FREEDMAN, NEWMAN B., «Medical Unemployment relief», *L'Action médicale*, 10, 11 (1934) : 427-428.

FREEDMAN, NEWMAN B., «Medical Un-economics», *L'Action médicale*, 12, 5 (1936) : 767-769.

FREEDMAN, NEWMAN B., «Social medicine», *L'Action médicale*, 12, 1 (1936) : 679-680.

FREEDMAN, NEWMAN B., «Medical Aspects of Social Security», *L'Action médicale*, 19, 6 (1943) : 94-95.

GAGNON, DR C., «Assemblée de nos gouverneurs», *L'Action médicale*, 19, 10 (1943) : 157-158.

GAGNON, DR CH., «L'Assemblée des Gouverneurs», *L'Action médicale*, 17, 10 (1941) : 145-146.

GAGNON, DR CHARLES, «Bureau des gouverneurs», *L'Action médicale*, 21, 10 (1945) : 194-195.

GLÈBE, JEAN DE LA, «Les dispensaires antivénériens», *L'Action médicale*, 2, 5 (1926) : 9-10.

GRINCHEUX, UN, «Individualisme», *L'Action médicale*, 15, 2 (1939) : 32.

J.C.S, «Extraits du jugement», *L'Action médicale*, 6, 7 (1930) : 136-138.

LABERGE, DR J.-E., «Protection de la profession médicale», *L'Action médicale*, 7, 12 (1931) : 214-216.

LAFRENIÈRE, J.-P., «Offensive contre la liberté du choix du médecin. Raisons spécieuses», *L'Action médicale*, 9, 2 (1933) : 21-22.

LAMOUREUX, DR LÉOPOLD, «L'aide médicale aux chômeurs», *L'Action médicale*, 12, 3 (1936) : 717-719.

LAMOUREUX, DR LÉOPOLD, «En marge des initiatives professionnelles», *L'Action médicale*, 12, 1 (1936) : 673-677.

MIREAULT, DR J.-A., «Prévoyance et Assurances sociales», *L'Action médicale*, 8, 7 (1932) : 347-349.

PECCAVIMUS, «Réflexions pour le carême», *L'Action médicale*, 11, 3 (1935) : 498-499.

PLOUFFE, ADRIEN, «C'est notre faute», *L'Action médicale*, 10, 4 (1934) : 295-296.

PLOUFFE, ADRIEN, «Scènes de la vie médicale», *L'Action médicale*, 11, 12 (1935) : 659-661.

PRATICIEN, «À l'oeuvre», *L'Action médicale*, 2, 9 (1926) : 4.

PRATICIEN, UN, «Réflexions post-électorales», *L'Action médicale*, 10, 9 (1934) : 385.

PRÉVOST, J. M. E., «Le mirage des assurances sociales. Tout à perdre. Rien à gagner», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930) : 178-179.

PRÉVOST, J.-M.-E., «Le droit de vivre», *L'Action médicale*, 6, 5 (1930) : 88.

QUATRE-VENTS, «La vie qui passe...», *L'Action médicale*, 14, 6 (1938) : 322-323.

QUATRE-VENTS, «La vie qui passe...», *L'Action médicale*, 14, 9 (1938) : 366-368.



QUATRE-VENTS, «La vie qui passe...», *L'Action médicale*, 14, 10 (1938) : 382-384.

R., L., «Que nous apportera la loi des assurances sociales ?», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932) : 396.

RÉDACTION, LA, «L'assemblée de nos gouverneurs», *L'Action médicale*, 18, 10 (1942) : 209.

RIVET, GASTON, «"Frozen Assets"», *L'Action médicale*, 8, 7 (1932) : 354.

RIVET, GASTON, «Pronostics», *L'Action médicale*, 11, 1 (1935) : 468.

RIVET, GASTON, «Problèmes», *L'Action médicale*, 11, 3 (1935) : 499.

ROUX, LOUIS, «Les assurances sociales d'après le Docteur L.-F. Dubé», *L'Action médicale*, 9, 7 (1933) : 121-124.

ROUX, LOUIS, «Ces chiens de médecins», *L'Action médicale*, 12, 3 (1936) : 724-728.

SAINT-POL, BERNARD, «Sombres jours pour les médecins», *L'Action médicale*, 10, 2 (1934) : 250-252.

SPARTACUS, «Aux urnes», *L'Action médicale*, 10, 8 (1934) : 365-366.

SPARTACUS, «Le Mur des Lamentations», *L'Action médicale*, 10, 10 (1934) : 405.

STREAN, GEORGE J., «The problem of maternity benefits», *L'Action médicale*, 8, 9 (1932) : 394.

TÉMOIN, UN, «Le nouveau bureau des directeurs», *L'Action médicale*, 10, 10 (1934) : 401-403.

TESTIS, «Échos de l'assemblée des gouverneurs», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930) : 173-174.

TESTIS, «Afin que nul n'en ignore...», *L'Action médicale*, 6, 2 (1930) : 23.

TESTIS, «Recette scientifique pour un Baillonnement Parfait», *L'Action médicale*, 6, 4 (1930) : 71.

TESTIS, «À propos d'un manifeste électoral», *L'Action médicale*, 6, 7 (1930) : 126-127.

TESTIS, «Un manifeste du Dr Dubé», *L'Action médicale*, 6, 8 (1930) : 148-150.

TESTIS, «Un nouveau succès de l'Action médicale - Celle-ci fait triompher le principe de la liberté du choix du médecin», *L'Action médicale*, 7, 4 (1931) : 62-63.

THIBODEAU, DR ADRIEN, «Impressions d'un nouveau gouverneur», *L'Action médicale*, 6, 10 (1930) : 181.

TREMBLAY, JACQUES, «Coopération Médicale», *L'Action médicale*, 16, 5 (1940) : 85-87.

TREMBLAY, JACQUES, «Économie médicale», *L'Action médicale*, 17, 4 (1941) : 52-53.

TREMBLAY, JACQUES, «l'assurance-maladie anglaise est-elle applicable au Canada», *L'Action médicale*, 18, 1 (1942) : 6-8.

WEISS, DR GEORGES, «Les dangers de l'assurance sociale contre la maladie», *L'Action médicale*, 6, 3 (1930) : 45-51.

## Études

BAILLARGEON, DENYSE, «Praticiennes et patientes : les femmes et la santé dans l'historiographie québécoise», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53, 1, 1999, p. 47-59.

BAILLARGEON, DENYSE, *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 2004, 373 p.

BEITO, DAVID T., *From Mutual Aid to the Welfare. Fraternal Societies and Social Services, 1890-1967* The University of North Carolina Press, s. l., 2000, 320 p.

BERNIER, JACQUES, *La médecine au Québec naissance et évolution d'une profession*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1989, xi, 207 p.

BLISHEN, BERNARD RUSSELL, *Doctors and Doctrines the Ideology of Medical Care in Canada*, Toronto, University of Toronto press, 1969, 202 p.

COMEAU, MICHELLE, *Discours et pouvoir de la profession médicale canadienne-française de 1930 à 1950*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 1989, viii, 152 f.

DEBER, EUGENE VAYDA ET RAISA B., «The Canadian Health-Care System : A Developmental Overview», dans *Canadian health care and the state a century of evolution*, sous la dir. de Christopher David Naylor, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1992, p. 125-140.

DESROSIERS, GEORGES, BENOÎT GAUMER et OTHMAR KEEL, *La santé publique au Québec histoire des unités sanitaires de comté : 1929-1975*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998, 187 p.

EWALD, FRANÇOIS, *Histoire de l'État providence : les origines de la solidarité* nouv. éd., entièrement refondue, Paris, Grasset, coll. « Livre de poche. Biblio essais ; 12 », 1996, 317 p.

FAURE, OLIVIER, et DOMINIQUE DESSERTINE, *La maladie, entre libéralisme et solidarité (1850-1940)*, Paris, Mutualité française, 1994, 163 p.

FECTEAU, JEAN-MARIE, *La liberté du pauvre : sur la régulation du crime et de la pauvreté au XIX<sup>e</sup> siècle québécois*, Montréal, VLB éditeur, coll. « Études québécoises ; 63e », 2004, 455 p.

GAUMER, BENOÎT, GEORGES DESROSIERS et OTHMAR KEEL, *Histoire du Service de santé de la Ville de Montréal, 1865-1975*, Sainte-Foy, Éditions de l'IQRC, 2002, xvi, 277 p.

GOULET, DENIS, *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, 263 p.

GUÉRARD, FRANÇOIS, «La transformation des grands appareils sanitaires, 1800-1945», dans *L'institution médicale*, sous la dir. de Normand Séguin, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1998, p. 75-115.

GUILLAUME, PIERRE, *Mutualistes et médecins. Conflits et convergences, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Les Éditions de l'atelier / Éditions de l'ouvrier, Paris, 2000, 207 p.

LIPPEL, KATHERINE, *Le droit des accidentés du travail a une indemnité analyse historique et critique*, Montréal, Thémis, 1986, xxviii, 269 p.

NAYLOR, C. DAVID, *Private practice, public payment : Canadian medicine and the politics of health insurance, 1911-1966*, Kingston ; Montreal, McGill-Queen's University Press, 1986, xii, 324 p.

PETITCLERC, MARTIN, «De la médecine libérale mutualiste à la médecine sociale coopérative : le marché de l'assurance-maladie et les misères d'une conception élargie de la santé au Québec (1880-1950)», dans *L'approche mutualiste de la santé en Europe. Actions de prévention et services à la personne*, sous la dir. de François Guedj Dominique Assayag, Michel Pinault, Patricia Toucas-Truyen, Paris, Alternatives économiques, 2005, p. 73-83.

PETITCLERC, MARTIN, et YVAN ROUSSEAU, «De la protection du revenu à la consommation des soins de santé : les origines privées de l'assurance publique québécoise (1900-1961)», *Revue européenne d'histoire sociale*, 16, 2005, p. 32-43.

ROUSSEAU, YVAN, «Le commerce de l'infortune : les premiers régimes d'assurance maladie au Québec, 1880-1939», *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 58, 2, 2004, p. 153-186.

SOUTHAM, PETER, *"Modernisation", "question nationale" et influences exogènes : le discours élitaire sur les politiques sociales au Québec, 1930-1960*, (Histoire), Université Laval, 1987, 475 f.